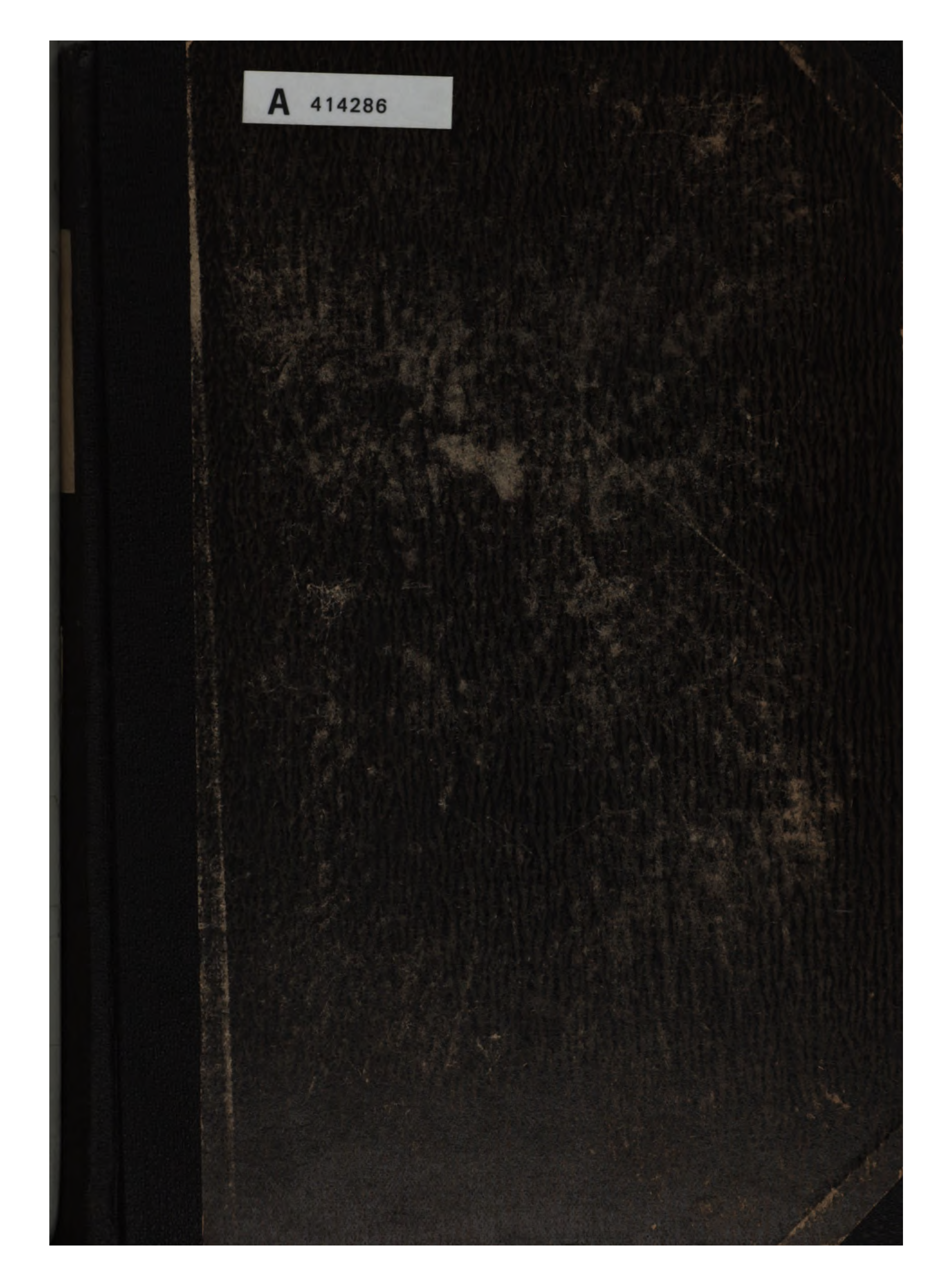
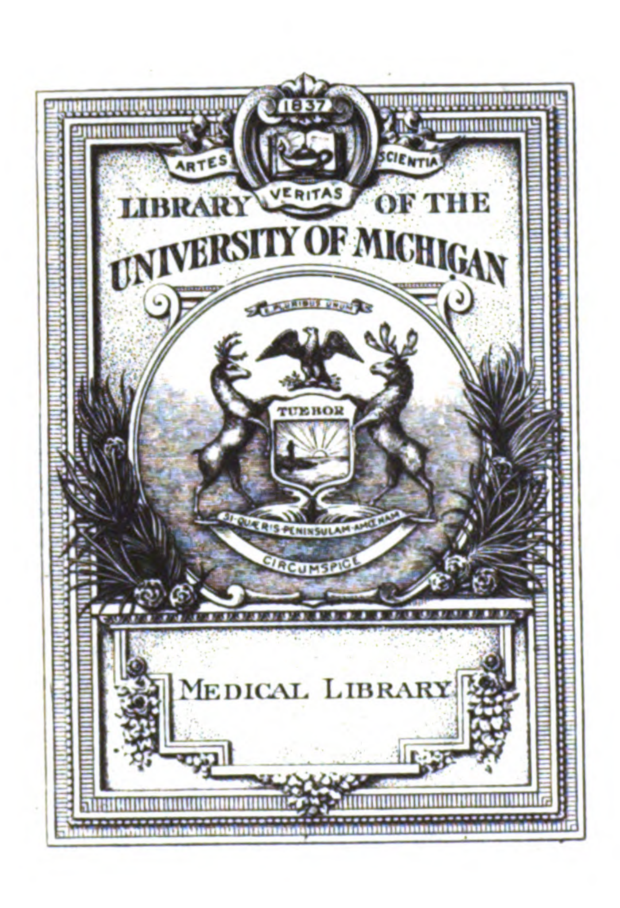

A 414286


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY

ZEITSCHRIFT

für

MEDIZINAL-BEAMTE.

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen,
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben

von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund
Reg.- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamten-Vereins.

XXIV. Jahrgang. 1911.

Erste Beilage:
Berichte über Versammlungen.



Berlin W. 35.
FISCHER'S MEDIZIN. BUCHHANDLUNG.
H. KORNFELD
Herzogl. Bayer. Hof- und K. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

Anhang.

Offizieller Bericht über die VIII. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins in Dresden am 11. und 12. September 1911.

Offizieller Bericht über die XXVII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in Berlin am 27. April 1911.

Offizieller Bericht über die VII. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins zu Bamberg am 23. Oktober 1910.

Sach-Register.[1]

[1]) „D. B.", „P. B.", „B. B." bedeutet: Offizieller Bericht des Deutschen Preußischen — Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. I.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Cassel am 18. November 1910 in der Kgl. Regierung zu Cassel.

Die Versammlung, die unter dem Vorsitze des Herrn Regierungspräsidenten Grafen v. Bernstorff stattfand, war von sämtlichen Kreisärzten und Kreisassistenzärzten und zahlreichen Vertretern der Regierung, des Polizeipräsidiums und der Militärbehörde besucht.

I. **Ueber eine Epidemie von Typhus und eine solche von Paratyphus in Cassel.** Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Dr. Heinemann-Cassel.

Nach einer allgemeinen Einleitung über die Verbreitungsweise des Typhus, insbesondere durch Milch, kommt der Redner auf die Typhusepidemie zu sprechen, die im August und September 1909 in Cassel ausbrach. Der Gesundheitszustand war vor Ausbruch der Epidemie vorzüglich; Typhus war in der letzten Zeit nicht vorgekommen. Da wurden plötzlich am 23. August nachmittags 4 Typhusfälle gemeldet, die ätiologisch auf den Genuß von Milch — stammend aus einer Molkerei — zurückgeführt werden konnten. Auch die weiteren Fälle hatten dieselbe Infektionsquelle; am 28. August waren bereits 56 Erkrankungen gemeldet. Da bei der Untersuchung des Personals dieser Molkerei verschiedene Angestellte sich als fieberhaft erkrankt erwiesen, wurde der Betrieb geschlossen. In der 2. Woche wurden 148, in der 3. Woche 57 Fälle angezeigt; dann nahmen die Erkrankungen rasch ab. Welchen Einfluß die Schließung der Infektionsquelle am 28. August ausübte, läßt sich daraus ersehen, daß nach dem 18. September kein Fall mehr auftrat, der auf eine direkte Milchinfektion zurückzuführen war. — Auffallend selten waren Kontaktinfektionen; nur in 8 Fällen stand diese fest, darunter 3 Mütter, die ihre Kinder gepflegt, 3 Kinder, die das Lager mit der erkrankten Mutter geteilt hatten, sowie eine Pflegeschwester und eine Wäscherin im Krankenhaus. Der Grund für diese wenigen Fälle ist wohl darin zu suchen, daß 230 Kranke in Krankenhäuser übergeführt sind resp. in die städtische Seuchenbaracke, die innerhalb 36 Stunden als Typhuslazarett eingerichtet war.

Der Charakter der Epidemie war im allgemeinen ein leichter; es starben nur 12, also 4 % der Erkrankungen, davon 1 unter 14 Jahren, die übrigen über 14 Jahre. Man findet gewöhnlich bei Milchtyphusepidemien eine stärkere Beteiligung der Frauen und Kinder; dies war hier nicht der Fall.

Die Epidemie war innerhalb 7 Wochen vollständig erloschen, wahrlich ein Beweis für die Brauchbarkeit der Bekämpfungsvorschriften.

Auch später sind auffallenderweise nicht mehr Typhusfälle vorgekommen wie sonst, so daß man annehmen muß, daß Infektionen durch Bazillenträger nicht stattgefunden haben.

Was nun die Paratyphus-Epidemie betrifft, so hat sich auch hier die Annahme bestätigt, daß diese durch Genuß von infizierten Nahrungsmitteln hervorgerufen wird. Der Referent gibt zunächst einen Ueberblick über die neuesten Forschungen auf diesem Gebiete und berichtet dann über die Epidemie, die in der zweiten Hälfte des Monat Mai 1910 in Cassel ausbrach, als plötzlich eine sehr hohe Temperatur einsetzte. Nach einigen Tagen erkrankten in der Zivilbevölkerung einzelne Personen und unter den Husaren der Gardedukorpskaserne eine große Anzahl unter fieberhaften Erscheinungen an einer Erkrankung, die ein kurzes Inkubationsstadium darbot, bei der auch der fieberhafte Verlauf ein nicht ausgedehnter, aber doch typhusähnlicher war, desgleichen wurden Milztumor und Roseola beobachtet. Die bakteriologische Untersuchung ergab Paratyphus B. Sämtliche Erkrankungen betrafen nur Personen, die Fleischwaren aus einer bestimmten Metzgerei genossen hatten, die auch die Lieferung für die Kantine hatte. Die sofortige Untersuchung der in der Metzgerei

beschäftigten Personen ergab keine Erkrankung, auch keine Bazillenträger; ebenso stellten sich keine besonderen Mängel des Betriebes heraus. Deshalb muß angenommen werden, daß die Bazillen, die ubiquitär sind, sich in dem Fleisch bezw. der Wurst infolge der plötzlich eingetretenen hochsommerlichen Hitze sehr stark vermehrt haben; der Nachweis konnte nicht mehr geführt werden, wie es meist der Fall ist.

Interessant ist diese Epidemie dadurch, daß es sich hier auch um hitzebeständige Toxine gehandelt hat, da 2 erkrankte Personen gekochte Fleischwurst und 1 Person gebratenes Fleisch aus der betr. Metzgerei verzehrt hat.

Sämtliche Erkrankte genasen; in der Zivilbevölkerung handelte es sich um 7 Personen, bei den Husaren um ca. 40.

Der Redner spricht zum Schluß die Vermutung aus, daß die gefürchteten Sommerkrankheiten des Magen- und Darmkanals, besonders im Kindesalter, auf Infektionen mit Mikroorganismen der großen Typhus- und Coligruppe beruhen. Der wesentliche Unterschied zwischen Typhus und Paratyphus besteht darin, daß jener regelmäßig auf einen kranken Menschen, wenn auch vielfach durch Vermittlung von Zwischenträgern von Milch, Wasser u. dgl. zurückzuführen ist, während bei den Paratyphuserkrankungen dieser Nachweis selten geliefert werden kann, und zwar infolge der Ubiquität der Paratyphusbazillen.

Ia. Im Anschluß hieran berichtet Stabsarzt Dr. Neumann-Cassel über **den Verlauf, die Entstehungsursache, die Ermittelungen und Abwehrmassregeln der Paratyphusepidemie vom Mai bis Juni 1910.** Die Epidemie betraf isoliert 2 Schwadronen des Husarenregiments Nr. 14, die von den übrigen getrennt untergebracht waren. Sie war veranlaßt durch Fleischwaren aus der Kantine, die aus einer bestimmten Metzgerei bezogen waren. Das Kind des Kantinenwirts und 2 Dienstmädchen, die aus derselben Schlächterei Waren entnommen hatten, erkrankten gleichzeitig. Der klinische Verlauf war typhusähnlich in der Hälfte der 40 Krankheitsfälle, aber kürzer als beim echten Typhus. Komplikationen verliefen gutartig, Todesfälle kamen nicht vor. Die bakteriologische Diagnose gründete sich auf den Nachweis der Erreger im kreisenden Blut bezw. positive Serumreaktion; in den Ausscheidungen fanden sich Paratyphusbazillen noch 4—5 Wochen nach der Entfieberung. Außer den 40 Kranken wurden 20 Mannschaften ermittelt, die positive Agglutination für Paratyphus in ihrem Serum ($^1/_{100}$) zeigten; bei einem dieser Leute, die in Beobachtung genommen waren, wurden die Erreger in den Faeces nachgewiesen.

Hierauf verbreitete sich Redner über das Vorkommen der Paratyphusbazillen im Schlachtvieh, wo sie als Erreger pyämischer Erkrankungen beobachtet sind, bisweilen aber auch bei ganz gesunden Tieren angetroffen werden. Er bespricht die vielfachen übereinstimmenden Merkmale, die viele unter anderen Namen bekannte Bakterien mit den Erregern des Paratyphus und der Fleischvergiftung gemeinsam haben.

Diskussion.

Kreisarzt Dr. Kranepuhl-Rinteln fragt, ob auch bei Paratyphus Kontaktinfektionen beobachtet sind.

Stabsarzt Dr. Neumann bejaht diese Frage; sie treten aber sehr in den Hintergrund.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Rockwitz weist darauf hin, daß aus dem Vorkommen der Paratyphusbazillen in Fleischwaren die Lehre zu ziehen sei, daß an die Beschaffenheit der Privatschlachthäuser höhere Anforderungen gestellt werden müssen. Der Medizinalbeamte sollte daher diesem Gewerbe eine erhöhte Aufmerksamkeit entgegenbringen.

Kreisarzt Dr. Werner-Schmalkalden bezweifelt die Zuständigkeit des Kreisarztes, allein Besichtigungen vorzunehmen ohne Zuziehung des Gewerbeinspektors.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Rockwitz: Nach § 80 der D.-A. hat der Kreisarzt die Aufgabe, die gesundheitspolizeilichen Interessen betr. Einrichtung

und Betrieb von Schlachthäusern wahrzunehmen; hier ist nicht von der Zuziehung des Gewerbeinspektors die Rede, wie z. B. im § 92 der D.-A. Dieselbe Ansicht vertreten mehrere andere Redner.

II. Vergrösserung der Hebammenbezirke, ein Mittel zur Verbesserung des Hebammenwesens.

Berichterstatter: Reg.- und Med.-Rat Dr. Rockwitz.

Die Notwendigkeit der Verbesserung des Hebammenwesens und der Hebung des Hebammenstandes ist seit langer Zeit anerkannt; die Mittel zur Erreichung dieses Zieles sind ebensolange in den Kreisen der Medizinalbeamten und der an der Förderung des Hebammenwesens besonders interessierten Hebammenlehrer und Direktoren der Geburtshülflichen Kliniken erwogen worden.

Leider ist bei den Erwägungen nicht viel herausgekommen, da eine wirklich erfolgreiche Förderung dieser Bestrebungen ohne größere Geldmittel nicht möglich ist.

Auch von der Zentralinstanz ist das Bedürfnis nach einer Regelung des Hebammenwesens anerkannt und seine Durchführung auf gesetslicher Grundlage beabsichtigt gewesen. Der vorgelegte und in der Regierungsinstanz begutachtete Gesetzentwurf ist leider nur ein Entwurf geblieben und man hat nichts mehr von ihm gehört. Wahrscheinlich ist das Gesetz an der Kostenfrage gescheitert; denn es ist natürlich, daß ohne Bewilligung erheblicher staatlicher staatlicher Mittel eine wirtschaftliche Sicherstellung der Hebamme unmöglich ist.

Wir müssen uns deshalb vorläufig ohne ein solches Gesetz zu behelfen suchen und uns bemühen, die Lage der Hebamme, soweit es bei den jetzigen Verhältnissen und nach Lage der bestehenden Bestimmungen möglich ist, zu verbessern.

Bevor der Referent auf die Mittel, die hierzu zu Gebote stehen, eingeht, untersucht er zunächst noch näher, wodurch das Bedürfnis zur Hebung des Hebammenstandes begründet ist. Man hört wohl hier und da die Ansicht äußern, daß eigentlich zu einer anderweitigen Regelung, zu einer wirtschaftlichen Verbesserung des Hebammenwesens keine Veranlassung vorliege, weil die bei uns angestellten Hebammen durchaus mit ihrem Los zufrieden seien, gar keine höheren Ansprüche stellten und auch an Hebammenersatz kein Mangel sei. Der Zudrang zu dem Hebammenberuf sei ein großer und liefere den Beweis, daß kein Notstand, der der Abhülfe bedürfe, vorliegen könne. Bei einer solchen Stellungnahme wird natürlich der wichtigste Punkt, auf den es hier ankommt, übersehen, nämlich der, daß die Verbesserung der wirtschaftlichen Lage im wesentlichen den Zweck hat, den Hebammenstand zu heben, dem Hebammenstand bessere Elemente zuzuführen und dadurch auf eine Abnahme und möglichste Beseitigung der Kindbettfiebererkrankungen und Todesfälle hinzuwirken. Der Ursprung der gesamten Bewegung zur Verbesserung des Hebammenwesens beruht also im wesentlichen in dem Bestreben, das Kindbettfieber herabzusetzen, das noch sehr viele Opfer fordert und zu den vermeidbaren Krankheiten gehört. Nur einige Zahlen seien hier angeführt:

In 1908 starben in Preußen im Kindbett 3899 Frauen, daß sind auf 10000 lebende weiblichen Geschlechts 2,0. Auf 10000 Entbundene kamen 30,20 im Kindbett Gestorbene. Diese Zahl hat sich seit 10 Jahren etwa auf gleicher Höhe gehalten, ist zwischendurch auf 34,1 gestiegen, zeigt aber noch keine Abnahme. Von den Todesfällen im Kindbett waren 1744 durch Kindbettfieber veranlaßt gegen 1529 im vorhergehenden Jahr. — Im hiesigen Bezirk sind im Vorjahr 197 Erkrankungen an Kindbettfieber gemeldet und davon 87 Fälle gestorben. Bedenkt man, daß auch von den Genesenen viele eine dauernde Schädigung ihrer Gesundheit davontragen, so läßt sich ermessen, wieviel Unglück durch diese an sich vermeidbare Krankheit gestiftet wird. Im hiesigen Bezirk starben im Kindbett von 10000 Entbundenen in den Jahren 1906: 28,9, 1907: 30,4 und 1908: 29,2, ein Beweis, daß von einem stetigen Rückgang der Krankheit noch nicht die Rede sein kann.

Zur Verhütung des Kindbettfiebers durch die Hebammentätigkeit sind

gebildete, zuverlässige und begabte Personen erforderlich, die sich der Pflichten ihres Berufs in vollem Maß bewußt sind und in gewissenhafter Weise alle die Vorschriften beobachten, die bei der Leitung einer Entbindung von der Hebamme zu beachten sind. Der Hebammenberuf ist ein schwieriger, verantwortungsvoller und erfordert Fähigkeiten, wie sie bei einer einfachen Frau vom Lande im allgemeinen nicht vorausgesetzt werden können. Je gebildeter eine Frau ist, desto mehr wird sie sich — ihre sonstigen Fähigkeiten vorausgesetzt — zum Hebammenberuf eignen. Wollen wir aber gebildetere Frauen mit besserer Schulbildung, besserem Verständnis und größerem Verantwortlichkeitsgefühl haben, so muß die wirtschaftliche Lage des Hebammenstandes so verbessert werden, daß gebildete Frauen dabei ihre Existenz finden.

Noch etwas weiteres kommt hinzu: Eine große Zahl unserer jetzigen Hebammen, namentlich derjenigen auf dem Lande, beschäftigt sich mit dem Hebammenberuf eigentlich nur nebenamtlich, d. h. sie treiben Landwirtschaft, Viehzucht und verrichten Arbeiten, die der Ausübung des Hebammenberufs nachteilig sind, während sie zur Leitung einer Entbindung im Jahr vielleicht nur 15 oder 20 mal kommen. Durch diese Nebenarbeiten werden die Chancen für den ungestörten, aseptischen Verlauf des Wochenbetts sehr verschlechtert; es muß deshalb das Streben der Medizinalverwaltung sein, möglichst Berufshebammen anzustellen oder doch wenigstens dafür zu sorgen, daß die Hebammen möglichst vollbeschäftigt sind. Die Forderung von Berufshebammen ist von seiten der Hebammenlehrer oft nachdrücklich erhoben worden; es wird aber wohl noch lange dauern, bis sie in Erfüllung geht, denn dazu gehören Mittel, die vorläufig nicht erschwinglich sind.

Solange uns also nicht größere Mittel zu einer ausreichenden Besoldung der Hebammen zur Verfügung stehen, solange insbesondere die Hebammenbezirke auf dem Lande allein darauf angewiesen sind, für den Unterhalt der Hebammen zu sorgen, — denn das Gesetz vom 28. Mai 1875, wonach die Kreisverbände die Verpflichtung haben, zur Unterstützung derjenigen Hebammenbezirke beizutragen, welche die Mittel zur Ausbildung, Besoldung oder Unterstützung einer Hebamme aufzubringen außer Stande sind, gilt nur für die 8 alten Provinzen der Monarchie — solange also die Verhältnisse so liegen, müssen wir uns damit begnügen, das Arbeitsgebiet der einzelnen Bezirkshebamme möglichst umfangreich zu gestalten. Dadurch erreichen wir, daß die Bezirkshebammen regelmäßig und häufig in Tätigkeit treten, daß sie Uebung und Erfahrung im Beruf sammeln, daß sie nicht genötigt sind, Nebenarbeiten zu verrichten, und daß sie schließlich durch ihre umfangreichere Berufstätigkeit auch so viel verdienen, um selbständig davon existieren zu können. **Jetzt** müssen die meisten Hebammen, um bestehen zu können, verheiratet sein; sie betrachten die Einnahme aus ihrem Beruf als einen angenehmen Zuschuß zu dem Erwerb ihres Mannes. Wird aber einmal eine **unverheiratete** Person mit geringer Beschäftigung Bezirkshebamme, so ist ihre wirtschaftliche Lage unhaltbar. Sie wird nicht imstande sein, nur das zum Lebensunterhalt Notwendigste zu verdienen und auf eine nennenswerte Beihülfe des Hebammenbezirks nicht zu rechnen haben. So ist es tatsächlich vorgekommen, daß ein von einem Hebammenbezirk abgeschlossener Vertrag mit einer Bezirkshebamme, die nur sehr wenige Entbindungen zu leiten hatte und von den geringen Gebühreneinnahmen nicht existieren konnte, als gegen die gute Sitte verstoßend angefochten wurde und sich unhaltbar erwies. Es war nichts dagegen zu wollen, daß die Hebamme ohne weiteres ihre vertragsmäßig übernommene Stellung als Bezirkshebamme verließ.

Alle diese Erwägungen drängen also auf eine **Vergrößerung der Hebammenbezirke** und damit auf eine **Erweiterung der Berufstätigkeit** der Bezirkshebammen hin. Wie liegen nun in bezug auf die Zahl und Verteilung der Bezirkshebammen die Verhältnisse jetzt?

Cassel hat fast die größte absolute Hebammenzahl. Im Regierungsbezirk Cassel entfielen im Jahre 1907: 1065 Einwohner und im Jahre 1908: 1094 Einwohner auf 1 Hebamme, während im Durchschnitt des Staates 1907: 1816 und 1908: 1798 Einwohner auf je 1 Hebamme kamen. — Während nach dem Durchschnitt im Staat auf 1 Hebamme 54,7 Entbindungen entfallen,

beträgt die Zahl der Entbindungen für den Reg.-Bez. Cassel durchschnittlich nur 32, welche Zahl sich noch viel ungünstiger gestaltet, wenn man nur die ländlichen Bezirkshebammen in Betracht zieht. Noch evidenter wird aber die mangelhafte Beschäftigung der Hebamme, wenn man die Zahl der von ihnen geleiteten Entbindungen gruppenweise betrachtet. So ergab eine im Vorjahr vom Berichterstatter gemachte Zusammstellung, daß von 840 Landhebammen

110 nur bis zu 10 Entbindungen,
217 „ „ „ 20 „
229 „ „ „ 30 „
130 bis zu 40 „
70 „ „ 50 „

und nur 84 über 50 Entbindungen im Jahr zu leiten hatten. Weit über die Hälfte der Hebammen ist also unzulänglich beschäftigt, und dies ist nicht auffallend, wenn man die außergewöhnlich große Zahl der Bezirkshebammen berücksichtigt. Wenn man eine Durchschnittszahl von 50 Entbindungen für 1 Hebamme pro Jahr als ungefähr entsprechend ansieht, so würde der Regierungsbezirk mit ca. 600 Hebammen statt mit 876 ausreichend versorgt sein, und die vorhandenen Hebammen würden sich unter viel günstigeren, für die Verhütung des Kindbettfiebers wesentlich vorteilhafteren Bedingungen befinden.

Was liegt also näher, als auf Verminderung der Hebammen, d. h. auf eine Vergrößerung der Hebammenbezirke hinzuwirken? Natürlich kann dies Ziel nicht auf einmal, sondern nur allmählich erreicht werden. Bei eintretender Vakanz muß eine Vergrößerung der zahlreichen kleinen Bezirke durch Zusammenlegen mehrerer naheliegender Gemeinden zu einem Bezirk mit einer einzigen Hebamme vorgenommen werden. Leider stößt dies Bestreben auf große Schwierigkeiten, weil jede kleine Gemeinde, wenn sie einmal eine Hebamme gehabt hat, auch nicht davon ablassen will und mit großer Beharrlichkeit ihr vermeintliches Recht vertritt. Oftmals finden solche Gemeinden auch noch eine gewisse Unterstützung bei den Landratsämtern; wenn sie dann unter Anführung aller möglichen Schwierigkeiten, die einmal in einem Fall bei der Zuziehung einer entfernt wohnenden Hebamme entstanden sind oder entstehen können, ihren Antrag auf Zulassung einer eigenen Hebamme begründen und dennoch abschlägig beschieden werden, so kann man neue Eingaben zu lesen bekommen, die an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig lassen, daß die Regierung mit den Gemeinden eigentlich ganz unbarmherzig verfährt und kein Herz hat für das Wohl und Wehe der Frauen, die in ihren schweren Nöten nach einer schleunigen Hilfe suchen. Leider ist solchen Gemeinden auch nicht klar zu machen, daß es, wie in der Verfügung vom 5. Aug. 1909 hervorgehoben ist, gar nicht so sehr auf eine sofortige Anwesenheit der Hebammen ankommt, daß es vielmehr viel wichtiger ist, daß eine Hebamme bei voller Beschäftigung Gelegenheit hat, in der nötigen Uebung zu bleiben und dadurch ihre Kenntnisse und Erfahrungen zu erweitern, als daß sie bei ungenügender Tätigkeit, ungenügend vorbereitet, dafür aber etwas frühzeitiger zur Uebernahme einer Entbindung zur Stelle ist. In der genannten Verfügung ist darauf hingewiesen, daß ein etwas verspätetes Erscheinen der Hebamme unter gewöhnlichen Verhältnissen wohl selten von Nachteil ist und daß es deshalb unbedenklich ist, Gemeinden zu einem Hebammenbezirk zusammenzulegen, die nicht weiter als etwa 5 km von einander entfernt liegen, vorausgesetzt, daß die Wegeverbindungen zwischen den Ortschaften keine nennenswerten Schwierigkeiten bieten. Wenn etwa eine Seelenzahl von 1500 Einwohner auf den Hebammenbezirk entfällt, wird die betreffende Bezirkshebamme mit ca. 50 Entbindungen im Jahr, d. i. pro Woche eine Entbindung, wenigstens einigermaßen beschäftigt sein. Berichterstatter weist weiter darauf hin, daß die Bestimmungen der noch in Kraft stehenden Kurhessischen Medizinalordnung ungefähr dieselben Grundsätze aufstellen. Im § 348 der Medizinalordnung heißt es: Für eine Stadt sind auf 3—4000 Einwohner zwei Hebammen und für jeden anderen Ort von 800 Einwohner ist eine eigene Hebamme erforderlich. Nur für mehrere kleinere Orte wird eine gemeinschaftliche Hebamme zugelassen, falls nicht etwa dieselben sich an einen benachbarten größeren Ort mit Hebammen anschließen und wenn sie voneinander nicht

weiter als höchstens eine Stunde entfernt liegen und ihre Verbindung nicht durch schlechte Wege erschwert ist. Wir stehen also mit einer derartigen Anordnung der Zusammenlegung von kleinen Gemeinden zu einem Hebammenbezirk auf einer zuverlässigen gesetzlichen Grundlage; auch in anderen Bezirken sind ähnliche Einrichtungen ohne Nachteil getroffen worden.

Auch in anderer Hinsicht geben uns die hier geltenden gesetzlichen Bestimmungen die Möglichkeit, die Vergrößerung der Hebammenbezirke zur Verbesserung des Hebammenwesens bei genügender Unterstützung mit Aussicht auf Erfolg durchzuführen:

Nach § 348 Abs. 2 der Kurhess. Medizinalordnung sollen die Polizeikommissionen, deren Mitglied nach § 27 der Medizinal-Ordnung der Physikus (Kreisarzt) ist, ausmitteln, welche Orte unter Berücksichtigung der Wünsche der Gemeinden zusammen den Bezirk einer Hebamme zu bilden haben und über das Ergebnis an die Regierung berichten. Die Bildung der Hebammenbezirke hat demnach, wie auch durch einen Ministerialerlaß vom April 1900 ausdrücklich anerkannt ist, von dem Regierungspräsident nach Anhörung des Landrats und der Kreismedizinalbeamten zu erfolgen. Die begründeten Vorschläge der beiden letzteren würden also für die Entschließung des Regierungspräsidenten bestimmend sein.

Ferner: Nach § 8 der Allgemeinen Verordnung vom 6. August 1883 steht die Anstellung der Bezirkshebammen, soweit nicht die Angelegenheit von den Kreisverbänden statutarisch geregelt wird, den einen Hebammenbezirk bildenden Gemeinden zu. Abweichend hiervon bestimmt § 31 der Kurhess. Medizinalordnung, daß die Anstellung der Hebammen von dem Kreisrat (Landrat) und dem Physikus, denen die Handhabung der Gesundheitspolizei oblag, gemeinschaftlich zu geschehen hat. Die Anstellung der Bezirkshebammen ist demnach nicht als eine Angelegenheit der einen Hebammenbezirk bildenden Gemeinden anzusehen, sondern hat durch den Landrat in Ausübung der ihm zustehenden Gesundheitspolizei unter Zuziehung des Kreisarztes zu erfolgen. Auch diese abweichende Rechtslage ist von dem Herrn Kultusminister anerkannt worden und daran die weitere Folgerung geknüpft, daß die Gemeinden eines Hebammenbezirks das vom Landrat und dem Kreisarzt festgesetzte Einkommen aufzubringen haben.

Außerdem kommt nun hinzu, daß der Regierungspräsident die Zulassung von Personen zur Ausbildung in der Hebammenlehranstalt gemäß der Allgem. Verfassung vom 6. August 1883 zu genehmigen hat. Er kann also auch aus bestimmten Gründen, wenn das Bedürfnis zur Anstellung einer Person als Hebamme in einem bestimmten Ort nicht als erwiesen anzusehen ist, den Zulassungsantrag ablehnen. Zweifellos steht dem Regierungspräsidenten das Recht dieser Ablehnung zur Ausbildung in der Anstalt in Marburg in weitestem Umfang zu; er kann aber natürlich nicht verhindern, wenn sich eine Hebamme in einer andern preußischen Anstalt ausbilden läßt oder wenn eine früher ausgebildete Hebamme sich in einem Ort niederläßt. Dies wird allerdings nicht so sehr zu befürchten sein, weil für gewöhnlich doch wohl in dem Niederlassungsort die Existenzbedingungen fehlen.

Wir besitzen also in der anderweitigen Abgrenzung der Hebammenbezirke, in ihrer Vergrößerung und Ausdehnung auf eine genügend große Zahl von Einwohnern ein Mittel, um die Lage der Hebammen zu bessern, sie berufstüchtig zu erhalten und damit den Hebammenstand zu heben; desgleichen sind wir vermöge der im hiesigen Bezirk geltenden Bestimmungen in der Lage, diese Abgrenzung der Hebammenbezirke unter Umständen auch gegen den Willen einer widerstrebenden Gemeinde durchzuführen. Auf Grund der erwähnten Rundverfügung haben nun die Landräte in Verbindung mit den Kreisärzten Vorschläge für eine anderweitige Einteilung der Hebammenbezirke gemacht und eine Uebersicht über die künftige Abgrenzung der Hebammenbezirke in den einzelnen Kreisen vorgelegt. Soll aber nach diesen Vorschlägen eine Zusammenlegung erfolgen, dann erheben sich immer wieder die gleichen Schwierigkeiten: Jede kleine Gemeinde will eine eigene Hebamme haben, ohne viel für ihren Unterhalt zu sorgen; sie sieht eben das Wesen und den Vorteil der medizinalamtlichen Bestrebungen nicht ein. Und leider macht es den Eindruck, als wenn auch die Landräte nicht immer von der Notwendigkeit derartiger

Aenderungen überzeugt wären. Es ist ja natürlich und selbstverständlich, daß die Interessen der Gemeinden von dieser Seite gehörig vertreten werden; die Fälle, wo kleine Gemeinden eine eigene Hebamme haben wollen, liegen jedoch nicht im Interesse der Gemeinden. Es ist nur zu natürlich, daß eine Hebamme, die nur wenige Geburten im Jahr zu leiten hat, in kurzer Zeit ihre Kenntnisse und ihre Uebung einbüßt und verwahrlost; aber das wird sich nachher bei Entbindungen in solcher Gemeinde in sehr bedauerlicher Weise und zum Schaden der zu entbindenden Frauen bemerkbar machen. Solche Hebammen bieten die größte Gefahr für die Hygiene der Entbindung und des Wochenbettes.

Deshalb ist es Pflicht der beteiligten Behörden, immer von neuem nachdrücklich darauf hinzuwirken, daß größere Hebammenbezirke mit wirtschaftlich sicher gestellten und leistungsfähigen Hebammen gebildet werden. Falsche Sentimentalität gegenüber den Anträgen kleiner Gemeinden auf Genehmigung einer eigenen Hebamme ist nicht am Platz. Werden die vorerwähnten Voraussetzungen bezüglich der Entfernung für die Zusammenlegung von Gemeinden zu Hebammenbezirken eingehalten, so können Schwierigkeiten bezüglich der rechtzeitigen Herbeiholung der Hebammen kaum entstehen; sie werden wenigstens nicht größer sein, als sie auch unter anderen Umständen bei einer im Ort selbst wohnenden Hebamme einmal seinr können.

Wollen wir also in dieser Beziehung etwas erreichen und wollen wir mit der Zeit wenigstens eine Besserung der jetzt sehr traurigen Hebammenverhältnisse erreichen, so müssen die beteiligten Dienststellen einmütig vorgehen und sich gegenseitig unterstützen. Diese Unterstützung für künftige Fälle anzurufen und zu zeigen, daß die gesetzlichen Bestimmungen die Voraussetzung für ein erfolgreiches Vorgehen bieten, war der Zweck dieses Referates. (Eigenbericht.)

III. Die wichtigsten neuen Bestimmungen der Dienstanweisung. Berichterstatter Kreisarzt Dr. Stöltzing-Ziegenhain.

Da dies Thema auf der vorjährigen Versammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins eingehend erörtert ist, beschränkt sich der Redner auf einige Paragraphen, bei welchen Schwierigkeiten in der Auslegung bestehen oder Mitteilung und Besprechung der inzwischen gemachten praktischen Erfahrungen erwünscht erscheint.

Ob die Erweiterungen, welche der § 18: „Verhältnis zu den anderen technischen Beamten des Kreises", erfahren hat, bisher irgendwelche greifbaren Ergebnisse zeitigten, ist nicht bekannt. Den Klagen über die Teilnahmlosigkeit der Kreisschulinspektoren gegenüber der Einladung zu den Schulbesichtigungen, selbst am Wohnort, wie sie in der Berliner Sitzung vorgebracht wurden, kann der Berichterstatter sich aus eigener Erfahrung z. T. anschließen.

Ob es zu gemeinschaftlichen Besichtigungen mit dem Gewerbeinspektor kommen wird, erscheint fraglich, da es an einer gesetzlichen Grundlage hierfür fehlen soll. Ebenso fiel der seiner Zeit gemachte Versuch, wegen Ueberlassung von Material zum Jahresbericht mit den Genannten in Verbindung zu treten negativ aus.

Nach § 26 der Dienstanweisung ist die Amtsunkostenentschädigung unter anderem auch zur Ausstattung und Unterhaltung der zu den Nachprüfungen der Hebammen erforderlichen Geräte bestimmt. Da die hierfür ausgeworfene Bauschsumme bereits durch die Bureaubedürfnisse, Telephon etc. mehr als aufgebracht wird, wird es hoffentlich bei den bisherigen Gerätschaften, dem Papiermachébecken und der Gliederpuppe sein Bewenden haben. Dagegen hat das neue Gesetz betr. Tagegelder und Reisekosten von Staatsbeamten die Folge, das Reisepauschale, das dem nicht vollbesoldeten Kreisarzt doch gewissermaßen zum Teil eine Einnahmequelle als Ersatz für die in dieser Zeit nicht ausgeübte Privatpraxis zu bieten bestimmt ist, weiter herabzusetzen. In Frage kommt allerdings nur die Ermäßigung des Eisenbahnkilometers auf 7 Pfennige, des Zugangs auf die Hälfte, sowie der Wegfall der 8 km-Abrundung bei geringeren Entfernungen. Einem

Vertreter ist übrigens nach § 31 nunmehr der volle Betrag an Tagegeldern und Reisekosten auszuzahlen, nach dessen Wohnsitz berechnet.

Mit Rücksicht auf diese ganzen Verhältnisse muß das Bestreben unserer Regierung auf Erhöhung der Stellenzulagen mit besonderem Danke begrüßt werden.

Nach § 34, 5 ist die Ausstellung amtlicher Zeugnisse nur in solchen Fällen erlaubt, für welche der Minister der Medizinalangelegenheiten die Beibringung des Zeugnisses eines beamteten Arztes vorgeschrieben hat. Eine Zusammenstellung sämtlicher hier in Frage kommender Zeugnisse ist dringend erwünscht, wie auch in der Berliner Versammlung betont wurde. So ist es z. B. unklar, ob amtsärztliche Zeugnisse bei dem Eintritt in Diakonissenhäuser, Zeugnisse über Schulbefreiung, Befreiung vom Turnunterricht etc., bei welchen den Betreffenden die Beibringung eines kreisärztlichen Attestes auferlegt wird, ausgestellt werden dürfen. Für die Lehrer und Lehrerinnen an öffentlichen Schulen ist die Angelegenheit durch § 115 b geregelt.

Bei § 41 „Amtliche Zeugnisse" ergibt sich eine Schwierigkeit dadurch, daß er gegenüber den Bestimmungen der neuen Gebührenordnung nicht geändert ist. Insbesondere schwebt der Begriff eines Befundscheines völlig in der Luft.

Nach der Gebührenordnung Tarif A 11 ist ein Befundschein eine Bescheinigung ohne nähere gutachtliche Ausführung im Gegensatz zum Befundattest unter A 12. Nun ist nach § 41 bereits für den Befundschein die volle Anwendung der bekannten durch Min.-Erlaß festgesetzten Form mit ihren 6 einzelnen Punkten vorgeschrieben. Wenn man aber aus den einzeln angeführten Angaben des Kranken und dem objektiven Befund eine Diagnose stellt und hieraus eine Folgerung zieht, so ist man bereits bei einer näheren gutachtlichen Ausführung und somit beim Befundattest angelangt. Tatsächlich sind hier der Willkür Tür und Tor geöffnet; die Ausstellung der Kraftwagenführerzeugnisse wird z. B. von dem Verfasser eines Artikels in der Medizinalbeamtenzeitung (Rogowski) als Gutachten, vom Referenten als Befundschein, von anderen als Befundattest bewertet.

Für § 56, Erteilung der Genehmigung zum Handel mit Giften, ist u. a. auch die Bestimmung einiger charakteristischer Proben von Farben und Giften seitens der Prüflinge vorgesehen. Berichterstatter hat sich die hier am häufigsten vorkommenden Farben in kleinen Gläschen zusammenstellen lassen, findet aber außer Kupfervitriol, Kaliumbichromat und höchstens Bleiweiß keine charakteristischen darunter.

In § 57 sind die 2jährigen Revisionen der Hebammen am Wohnort eingeführt, über die schon genügend geschrieben worden ist. Die Desinfektion der Hebammen bei Kindbettfieber findet am besten im Krankenhaus statt und zwar auf Kosten der Kreisverwaltung. Bei Todesfällen im Wochenbett, die nicht durch Kindbettfieber verursacht worden sind, ist die früher vorgeschriebene Ermittelungsreise in Wegfall gekommen.

In § 60 sind die bereits früher aufgestellten Mindestforderungen für Prüflinge des Hebammenberufs aufgenommen. Aufgaben mit Brüchen führen meist zu einem negativen Ergebnis, wenn man die Bewerberinnen nicht vorher sich darauf zu Hause vorbereiten läßt. Vielleicht nicht genügend hervorgehoben ist die gegenüber der rein formalen Seite der Schulausbildung mindestens ebenso wichtige Prüfung des Verständnisses und Gedächtnisses. Neuerdings benutzt der Redner als Anhaltspunkt hierzu die in dem Taschenbuch zur Untersuchung psychischer Krankheiten etc. vom Cimbal (vergl. Julius Springer) zusammengestellten Anleitungen zur Prüfung des Kombinationsvermögens etc.

§ 61 bringt die Bestimmungen über die meist in 2jährigen Pausen erfolgende Nachprüfung der Hebammen, sowie die Wiederholungskurse. Die Einführung der letzteren sind in unserem Bezirke ein dringendes Bedürfnis; allerdings dürfen sie nicht als Strafe festgesetzt werden. In dem Fortbildungskursus für Medizinalbeamte in Berlin wurde überhaupt die Abhaltung der Nachprüfung mehr in Form eines Kolloquiums empfohlen. Referent benutzt hierzu neuerdings die vorzüglichen Abbildungen aus dem bekannten Lehrbuch

von Bumm; er läßt außerdem, nach der Methode des Kollegen Evers in Hersfeld, die Händedesinfektion praktisch vorführen.

Zu § 62 und 62a bemerkt er, daß die Beitragsleistungen für die Kassen der Hebammen im Verhältnis zu den Einnahmen der Landhebammen, namentlich der älteren in der Mehrzahl der Fälle zu hoch sind und eine Beteiligung der Hebammen (in seinem Kreise) bisher wenigstens nicht erfolgt ist, auch ohne Zuschuß nicht empfohlen werden konnte.

§ 65 erweitert die Aufsicht des Kreisarztes über die „geprüften Krankenpflegepersonen“ und § 66 bringt die Entziehung des Ausweises für „staatlich anerkannte Krankenpflegepersonen“. Anscheinend handelt es sich bei beiden Ausdrücken um die gleiche Art von Personen. Ob sich das Beaufsichtigungsrecht des Kreisarztes damit auch auf die Schwestern vom Roten Kreuz oder auf vom Frauenverein angestellte Gemeindeschwestern bezieht und wie er es ausüben kann, ist unklar und bedarf der Erläuterung.

In § 74, Wasserversorgung, gibt der Begriff der Trinkwasserversorgungsanlagen zu Zweifeln Anlaß. Streng genommen müßten danach auch die Brunnen mindestens 3jährig revidiert werden, was einer 3jährigen Wiederholung der Ortsbesichtigung gleich kommen würde. Gemeint sind anscheinend nur Wasserleitungen; ob auch kleine Einzelleitungen (wie sie z. B. im Kreise Ziegenhain zahlreich vorkommen [im ganzen 40]) erscheint fraglich. Was auf diesem Gebiete am meisten fehlt, ist eine Brunnenordnung für Gemeinde- und Privatbrunnen, da alle Revisionen von diesem, zu denen man ohne Erlaubnis des Besitzers nicht einmal berechtigt ist, in einer Belehrung der Besitzer endigen, die außer einem ungläubigen Lächeln von seiten der letzteren keine weiteren Folgen haben.

Die Frage, ob die Probeentnahme von Nahrungsmitteln gemäß § 78 zweckmäßig erfolgt, bedarf nach Uebertragung dieser Funktion auf Beauftragte der landwirtschaftlichen Versuchsstation keiner weiteren Erläuterung.

Der Verteilung von Merkblättern gegen den Alkoholismus (§ 81 a) in Impfterminen und bei Schulbesichtigungen bringen die Schüler, Eltern und vor allem die Lehrer meist ein augenscheinliches Interesse entgegen. In den Schulen läßt man die Blätter am besten in die Lesebücher einkleben. Ebenso eignet sich der hygienische Unterricht in landwirtschaftlichen Winterschulen für eine eingehende Belehrung.

Zu den §§ 82—85, übertragbare Krankheiten betreffend, bemerkt der Referent lediglich, daß die Durchführung der Desinfektionen erst dann ausreichend erfolgen wird, wenn die Kosten aus öffentlichen, d. h. Kreismitteln, bestritten werden. Bis dahin wird die ganze Einrichtung unbeliebt sein und sich die Beteiligten — nicht immer ohne Erfolg — bemühen, der Desinfektion zu entziehen.

Der Entscheidung bezüglich der Notwendigkeit von Schulschließungen (§ 96) wird der Kreisarzt in vielen Fällen durch die Ortsschulinspektoren enthoben, welche ohne Rücksicht auf die durch die ministerielle Anweisung für diesen Fall vorgeschriebene ärztliche Bescheinigung namentlich die harmlosesten Masernepidemien als „Gefahr im Verzuge“ behandeln, wobei auch die Geschwister der Erkrankten als vom Schulunterricht auszuschließende aufgeführt und behandelt werden. Als einen Mißstand bei der Ermittelung muß man es nebenbei bezeichnen, daß in den Absentenlisten der Lehrer kein Vordruck für für Ursache des Fehlens besteht. Bei den Ermittelungen können die Lehrer dann kaum angeben, welche Kinder als Erkrankte bezw. Gesunde vom Schulunterricht ausgeschlossen worden sind, und ob nicht ein Teil der Fehlenden an anderweitigen Krankheiten leidet. Da ihm über diese Verhältnisse jede Uebersicht fehlt, ist auch für ihn die Kontrolle bezgl. der Wiederzulassung zum Schulbesuche, die ihm auferlegt ist, eine schwierige.

Wenn der Kreisarzt gemäß § 97 auf Kräftigung derjenigen Kinder hinwirken soll, welche wegen körperlicher Schwäche vom Schulbesuch zurückgestellt werden müssen, so muß dafür Sorge getragen werden, daß ihm jährlich ein Verzeichnis dieser Kinder zugestellt wird.

Zur Vorbereitung für die durch § 98a ausführlich behandelte Säuglingsfürsorge wurden im Kreise Ziegenhain Erhebungen unter Zugrunde-

legung des Westerburger Formulars angestellt. Soweit bis jetzt ersichtlich und bei den Belehrungen im Impftermin sowie durch Besprechungen im Hebammenverein festgestellt wurde, sind schwere allgemeine Mißstände nicht vorhanden.

Für die durch § 100 vorgeschriebene Prüfung der Einkommensverhältnisse von Pflegepersonen in Krankenanstalten fehlt es seither an Anhaltspunkten für die zu stellenden Mindestforderungen.

§ 103 betrifft die Krüppelfürsorge sowie Führung einer Liste der Krüppelkinder.

Für die Leichenbeförderung bei übertragbaren Krankheiten in § 111 ist von Wichtigkeit, daß die frühere Bestimmung der Eisenbahnbetriebsordnung, wonach Scharlach- und Diphtherieleichen erst nach einem Jahr befördert werden durften, in Wegfall gekommen ist. Die jetzige Ordnung verlangt für alle Leichen einen widerstandsfähigen Metallbehälter, luftdicht verschlossen und in einen hölzernen Behälter so fest eingesetzt, daß er sich darin nicht verschieben kann. Für Leichen von Diphtherie, Typhus etc. genügt also neben der vorschriftsmäßigen Einsargung die Umhüllung der Leiche mit einem kresolseifegetränkten Tuch, Bedeckung des Sargbodens mit aufsaugenden Stoff, Abwaschen des Metallsarges außerdem mit einer desinfizierenden Flüssigkeit. Bei Beförderung auf dem Landwege ist für gewöhnliche Leichen ein Metallsarg nicht vorgeschrieben, hier ist somit auch dieser Punkt in die amtsärztliche Bescheinigung aufzunehmen. Eine Ermittelung an Ort und Stelle wird sich in den meisten Fällen erübrigen; die Feststellung der vorschriftsmäßigen Einsargung ist nicht Sache des Kreisarztes, vielmehr haben sich nach dem Min.-Erlaß vom 23. September 1897 die mit der Ausstellung des Leichenpasses betrauten Behörden hierüber vor jeder Ausstellung eines solchen Gewißheit zu verschaffen, worauf neuerdings der Min.-Erlaß vom 15. September 1910 wieder hingewiesen hat.

Der vielbesprochene § 115, „Vertrauensärztliche Tätigkeit des Kreisarztes", bietet der Auslegung keine Schwierigkeiten.

Von den Formularen ist nicht bloß das für Ortsbesichtigungen durch Fortfall der Wiederholung des bereits früher festgestellten im Gebrauche vereinfacht; auch bei der Schulbesichtigung ergibt sich die Vereinfachung aus dem Umstande, daß für den I. Teil nur die Beanstandungen zu vermerken sind

Vereinfacht ist auch der Gesundheitsbericht bei Anwendung der vorgedruckten Formulare; in diese ist jedoch eine Reihe von statistischen Einzelheiten aufgenommen, die im Original nicht vorgesehen sind, eine Menge Arbeit verursachen und bei dem für statistische Behandlung zu kleinen und nicht immer einwandfreien Zahlenmaterial dem Bearbeiter eine Befriedigung nicht gewähren können.

Nach Schluß der Versammlung fand ein gemeinschaftliches Essen im Hotel Royal statt. Dr. Wolf-Witzenhausen.

Bericht über die XVIII. Sitzung des Vereins der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Gumbinnen in Eydtkuhnen am 12. Juni 1910.[1])

An der Sitzung, die unter Mitbeteiligung der Damen stattfand, nahmen teil: Reg.- und Medizinalrat Dr. Janssen-Gumbinnen; die Kreisärzte: Behrend-Tilsit, Czygan-Ragnit, Deckner-Heydekrug, Franz-Heinrichswalde, Katluhn-Angerburg, Ploch-Gumbinnen, Schawaller-Pillkallen, Schüler-Goldapp, Schulz-Stallupönen, Vossius-Marggrabowa und die Kreisassistenzärzte Arlart-Gumbinnen und Heimbucher-Kaukehmen.

I. Besichtigung der Bahnhöfe in Eydtkuhnen und in dem russischen Grenzorte Kibarti.

Auf dem Bahnhof Eydtkuhnen, der an der Ostbahn gelegen und als

[1]) Eingegangen am 17. November 1910.

Grenzstation eine besondere Bedeutung hat, wurden zunächst die hohen und geräumigen künstlerisch ausgeschmückten Wartesäle und die Fürstenzimmer in Augenschein genommen, dann der russische Nord-Expreßzug erwartet, der durch seine größeren Waggons, durch den hohen Schornstein seiner Lokomotive und durch den mit hohen Stößen von Birkenklobenholz bepakten Tenders, das statt der Kohlen als Feuerung dient, einen eigenartigen Eindruck machte. Ihm folgte gleich hinterher ein Extrazug, der die Fürstin Dolgorucki, die Witwe Kaiser Alexander II. von Rußland, mit sich führte. Nachdem sich die Teilnehmer die Zollabfertigung angesehen hatten und der Luxuszug wieder abgefahren war, wurde ein Gang durch das 3000 Einw. zählende Dorf gemacht wurde, dessen freundliche, villenartige, im frischen Grün ihrer Gärten gelegenen Häuser den Eindruck eines Badeortes machten. Der russische Grenzort Kibarti ist von Eydtkuhnen nur durch ein kleines Flüßchen, die Lipone, getrennt, an deren Ufern das preußische und russische Zollhaus liegen. Kibarti besteht überwiegend aus einstöckigen, geschmackvoll gebauten Holzhäusern, für die zahlreichen russischen Beamten, die auch eine besondere griechisch-orthodoxe Kapelle haben, die mit kirchlichen Ornamenten und Sinnbildern überladen ist. Auf dem Bahnhof, der größer und reicher ausgestattet ist, als der Eydtkuhner, wurde eine Sakuska, ein aus russischen Nationalgerichten bestehendes Frühstück eingenommen.

II. Eröffnung der Versammlung. Wahl des Vorsitzenden.

Nach Eydtkuhnen zurückgekehrt, eröffnete Kreisarzt Dr. Behrend-Tilsit die wissenschaftliche Sitzung und begrüßte zunächst den zum ersten Male im Verein anwesenden Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen. Der Verein habe durch den Tod seines bisherigen Vorsitzenden, des Reg.- u. Med.-Rats Dr. Doepner, der den Verein 9 Jahre geleitet habe, einen schweren Verlust erlitten. Seine Amtszeit sei für das Medizinal- und Sanitätspolizeiwesen des Reg.-Bez. Gumbinnen die fruchtbringendste gewesen, die es je erlebt habe. Die neuen Erkenntnisse, die Hygiene und Bakteriologie uns darboten, seien in dieser Zeit durch die gesetzgebenden Faktoren in die gesetzlichen Formen gekleidet; diese im Bezirk in die Praxis übersetzt zu haben, sei die Aufgabe Doepners gewesen, die er glänzend gelöst habe. Daneben habe er sich angelegen sein lassen, die Sanierung der Ortschaften durch Neu- und Erweiterungsbauten von Wasserleitungen, Kanalisationen, Schlachthöfe, Markthallen usw. anzustreben. Die Bekämpfung der Granulose im Bezirk habe er vorbildlich geregelt. Als Leiter der Provinzial-Hebammenlehranstalt in Gumbinnen habe er zahlreiche Hebammen ausgebildet und die vorhandenen in den Wiederholungskursen für ihren Beruf neu gefestigt. So könne man wohl ohne Uebertreibung sagen, daß den Segen seiner Arbeit jede Gemeinde empfunden hat. Die Arbeiten des Vereins habe er auf eine anerkennenswerte, wissenschaftliche Höhe gehoben. Auf ihren jährlichen Wanderversammlungen hätten die Mitglieder und ihre Familien die schönsten Gegenden des Bezirks kennen gelernt. Der Verein werde sein Andenken dauernd hochdhalten. Die Mitglieder ehrten das Andenken ihres verstorbenen Vorsitzenden durch Erheben von den Sitzen.

Nunmehr wurde durch Zuruf Reg.- und. Med.-Rat Dr. Janssen als Vorsitzender gewählt, der die Wahl dankend annahm. Er erinnerte an die im September in Königsberg stattfindende Versammlung der Naturforscher und Aerzte. Diejenigen, die daran sich beteiligen wollen, sollten ihre Vertretung unter sich arrangieren. Telegraphische Urlaubsgesuche an den Herrn Regierungspräsidenten sollen mit bezahlter Rückantwort versehen werden. Bei Berichten an den Herrn Regierungspräsidenten sollen die Anzahl der Anlagen angegeben werden. Bei periodischen Berichten falle das Anschreiben weg. Wegen der Choleragefahr werde in diesem Sommer eine erneute Prüfung der Desinfektionsapparate stattfinden.

III. Die Wassermannsche Reaktion. Der Vortragende, Kreisassistenzarzt Dr. Arlart, begann mit einer Erklärung des Wesens der sogenannten Antikörper, Antitoxine, Ambozeptoren und Opsonine, verweilte im besonderen bei der Komplementbindung und erläuterte dann die theoretische Grundlage der Wassermannschen Reaktion. Des weiteren wurde kurz ihre praktische Ausführung mit besonderer Berücksichtigung der Kontrollmaßnahmen geschildert.

Die Leistungsfähigkeit der Untersuchungsmethode, wie sie an der Hand des klinischen Tatsachenmaterials beurteilt werden muß, wurde näher besprochen. Es wurde darauf hingewiesen, daß im frühzeitigen Primärstadium der Lues, in welchem gewöhnlich eine Allgemeininfektion noch nicht angenommen wird, 20 bis 30 % der Fälle positiv reagieren, später kurz vor dem Ausbruch der Roseola 60 bis 70 %, nach dem Ausbruch derselben aber 98—99 % und im tertiären Stadium der Lues bei manifesten Fällen 99—100 % der Untersuchten; daß ferner die sogenannten Nachkrankheiten der Syphilis, Tabes und Paralyse ebenfalls in 90 resp. 100 % einen positiven Ausfall der Reaktion geben.

Von sonstigen Krankheiten haben nur die Framboesie, Scarlatina und die tuberöse Form der Lepra sowie Rekurrens und Malaria auf der Höhe der Anfälle eine positive Reaktion ergeben. Ebenso wird bei schwerer Kachexie kurz vor dem Tode und bei Untersuchungen mit Leichenblut positiver Ausfall beobachtet.

Wenn demnach bei der Untersuchung nach Wassermann das Blut positiv reagiert, ist man mit gewissen Einschränkungen berechtigt, eine luetische Allgemeininfektion anzunehmen, jedoch muß man sich davor hüten, eine bestimmte Organveränderung, die klinisch zweifellos festgestellt ist, in diesem Falle ohne weiteres als syphilitisch zu beurteilen.

Anderseits ist es aber möglich, eine typische Diagnose zu stellen, wenn man die Untersuchungsmethode auf andere Körperflüssigkeiten anwendet. So spricht z. B. eine deutlich positive Reaktion von Aszitesflüssigkeit bei Erkrankungen von Abdominalorganen dafür, daß die krankhaften Veränderungen an diesen syphilitischer Art sein müssen; ähnlich ist es bei Zerebrospinalflüssigkeit und Zentralnervensystem.

Von großer praktischer Wichtigkeit ist der Ausfall der Reaktion ferner bei der Beurteilung, ob ein Luesfall als geheilt anzusehen sei oder ob weitere therapeutische Maßnahmen notwendig seien.

Zum Schlusse der Ausführung wurden die Teilnehmer von dem Referenten aufgefordert, dem Medizinaluntersuchungsamte zu Gumbinnen Material zur Untersuchung einzusenden. Das Blut wird am besten steril durch Punktion aus der Mediana oder durch Schröpfen aseptisch entnommen und muß in einer Menge von mindestens 5 ccm eingesandt werden. Außerdem ist es erwünscht, wenn zur Bereitung von Leberextrakt aus der Praxis Lebern von luetischen Foeten vom 3. bis 8. Lebensmonat eingesandt werden. Auch dieses Material muß steril entnommen und in einer 0,85 prozentigen Kochsalzlösung, die außerdem noch 0,5 % Karbolsäure enthalten muß — Leber und Karbolkochsalzlösung in ungefähr gleichem Volumenverhältnis — versandt werden; es kann aber auch der Foetus ungeöffnet eingeschickt werden. (Eigenbericht)

IV. Zum Schluß brachte Kreisarzt Dr. Schüler-Goldap die schlechten Impfresultate der diesjährigen Impfung zur Sprache, die ihm von den Anwesenden vielfach bestätigt wurden. Der Vorsitzende regte die Frage an, ob die Voraussetzungen des Impfgesetzes betreffend den zehnjährigen Impfschutz noch bestehen, da zahlreiche Vorkommnisse, insbesondere aus den letzten Jahre bewiesen haben, daß trotz einwandfreier, erfolgreicher Impfung schon nach 5—6 Jahren schwere Pockenerkrankungen aufgetreten sind. Auch die Frage, welche Ursachen etwa den geringen Impfschutz bewirkt haben können, bedürfe eingehender Prüfung. Im Anschluß hieran entspann sich eine lebhafte Diskussion über die aufgeworfenen Fragen.

Auf Anregung des Vorsitzenden wurde ein Begrüßungstelegramm an den Herrn Regierungspräsidenten nach Gumbinnen gesandt, das noch im Laufe des Tages dankend beantwortet wurde.

Ein gemeinsames Mittagessen vereinigte die Teilnehmer mit ihren Damen, nach dessen Schluß die Rückkehr in die Heimat angetreten wurde.

Dr. Behrendt-Tilsit.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. II.

Bericht über die 71. Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Düsseldorf am 18. Juni 1910 in Düsseldorf.

Anwesend: Unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrats Borntraeger 19 Kreisärzte, 3 Gerichtsärzte, 5 Kreis- und Stadtassistenzärzte, der Kreiskommunalarzt von Vohwinkel, ein pro physicatu approbierter Arzt, als Gast Prof. Dr. Schlossmann-Düsseldorf.

Der Herr Vorsitzende begrüßt die Versammlung und bedauert, daß der Herr Regierungspräsident, der das Thema des heutigen Vortrages gewünscht habe, wegen einer dringenden Reise nicht habe erscheinen können. Er gedenkt seines kürzlich verstorbenen, schon länger aus dem Dienste geschiedenen Vorgängers, des Herrn Geheimrats Dr. Michelsen, der sich in Düsseldorf besonderer Sympathie unter den Aerzten erfreut habe, was seine damalige Ernennung zum Ehrenmitgliede des ärztlichen Vereins beweise. Er rühmt die gewaltigen Verdienste Roberts Kochs, die noch lange nicht genug in der Oeffentlichkeit gewürdigt würden. Robert Koch habe es durch eisernen Fleiß und eiserne Logik zu seinem Ruhme gebracht, sich bei seinen Arbeiten nicht auf Spekulationen, sondern auf Tatsachen gestützt; er müsse den Medizinalbeamten ein leuchtendes Vorbild sein, nach seinem Beispiel sollten sie, wenn sie auch die Macht der Verhältnisse zu manchen Kompromissen zwänge, doch das einmal als richtig erkannte auch durchsetzen.

1. Kreisarzt Dr. Kriege-Barmen spricht in einem längeren Vortrage, der in dieser Zeitschrift abgedruckt werden soll, über **die Abnahme der Geburten, ihre Ursachen und ihre Bekämpfung.**[1])

Zur Erläuterung zeigt er eine außerordentlich reichhaltige Sammlung von Broschüren und Zeitungsanzeigen, in denen teils antikonzeptionelle und sog. Menstruationsmittel angepriesen werden, teils in versteckter Form Fruchtabtreibung angeboten wird.

In der sich anschließenden Diskussion werden die vom Vortragenden gemachten Beobachtungen bestätigt, es wird darauf hingewiesen, daß zur Erzeugung von Sterilität die Röntgenstrahlen benutzt, daß viele weibliche Personen, die sich auf Annoncen gemeldet haben, nach holländischen und belgischen Orten gewiesen werden, wo viele kriminelle Aborte vorkommen, daß der Gebrauch von Mutterspritzen zur Abtreibung sehr verbreitet und sehr gefährlich ist, was in Lübeck dazu geführt hat, den öffentlichen Verkauf solcher Spritzen zu verbieten.

Prof. Dr. Schlossmann macht darauf aufmerksam, daß nicht allein die Genußsucht, sondern auch die Wohnungsnot zur Beschränkung der Kinderzahl antreibt; er verspricht sich von gesetzlichen Maßregeln keinen großen Erfolg. Der Vortragende weist darauf hin, daß vielleicht manche Fälle von kriminellem Abort entdeckt werden könnten, wenn man bei Todesfällen mit verdächtiger Diagnose, z. B. Unterleibsentzündung oder Septikämie von amtswegen Ermittelungen anstellte.

2. **Verschiedenes.** Der Herr Vorsitzende bedauert, daß von den Kreisärzten über die bei Besichtigungen von Krankenhäusern gefundenen Mängel nicht immer an die Regierung berichtet werde; bei einer etwaigen späteren Besichtigung durch den Regierungs- und Medizinalrat sage man diesen dann leicht nach, er verlange zu viel. Sehr wichtig sei die Frage der Pflegepersonen, der Standpunkt, daß katholische Ordensschwestern und Diakonissen die besten Pflegerinnen seien, könne nicht mehr innegehalten werden. Man müsse auch von den Ordensschwestern verlangen, daß sie sich an das Tragen waschbarer Ueberkleider, besonders bei ansteckenden Kranken und in der Gemeindepflege gewöhnten. Daß dies möglich sei, beweise das Beispiel des Krankenhausarztes Dr. Schreus in Crefeld, der, ohne Widerstand zu finden, besondere Trachten für die verschiedenen Tätigkeiten der Krankenschwestern eingeführt habe.

---

[1]) Sie die heutige Hauptnummer, S. 41 u. flg.

Bei Ordensniederlassungen für Krankenpflege soll man darauf dringen, daß die Schwestern für die eigentliche Krankenpflege nicht auch mit Nebentätigkeiten, z. B. in Kinder- und Handarbeitsschulen beschäftigt würden.

Kreisarzt Dr. Linck-Mörs regt an, daß den Kreisärzten von den Standesämtern die Geburten- und Sterbeziffern mitgeteilt werden sollen.

Die Frage nach der Stempelpflichtigkeit der kreisärztlichen Zeugnisse für Chauffeure, über welche man verschiedener Meinung sein konnte, ist mittlerweile durch Ministerialerlaß entschieden worden.

Dr. Hofacker-Düsseldorf.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinal-Beamten des Reg.-Bez. Hildesheim im Sitzungssaale der Königl. Regierung dortselbst am 12. November 1910.

An der Sitzung nahmen teil: Herr Regierungspräsident Fromme, Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Arbeit, sämtliche Kreisärzte des Bezirks mit Ausnahme des erkrankten vom Kreise Marienburg, der Kreisassistenzarzt Dr. Gerlach in Göttingen, die Oberregierungsräte v. Basse und Schulz, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Damsch aus Göttingen, Reg.- und Geh. Schulrat Sachse, Geh. San.-Rat Dr. Gerstenberg, Direktor und Dr. Mönkemöller, Oberarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Hildesheim, Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Hobein, Oberbürgermeister Calsow in Göttingen, Bürgermeister Dr. Ehrlicher, Stadtsyndikus Dr. Gerland und Senator Dr. Schmidt in Hildesheim, die Bürgermeister von Osterode und Münden, die Landräte Heye-Hildesheim, v. Stockhausen-Marienburg, v. Stockhausen-Münden, Dr. Burchard-Alfeld, Schwendy-Osterode, die Regierungsräte Korb und Alexander, Dr. Breuel aus Hannover als Vertreter des Hannoverschen Provinzial-Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose, Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Guertler aus Hannover, sowie mehrere kreisärztlich geprüfte Aerzte.

Der Herr Regierungspräsident eröffnete mit einer Begrüßung die Versammlung. Sodann wurde in die Tagesordnung eingetreten:

I. Die Bedeutung der Volks- und Schulbäder für die Förderung der Gesundheitspflege.

a) Berichterstatter: Kreisarzt Dr. Müller-Northeim führt etwa folgendes aus: Nach einigen historischen und statistischen Bemerkungen behandelt er die Frage vom allgemeinen hygienischen Standpunkte und führt unter den Gründen, weshalb die Entwicklung der Volksbäder in kleinen Städten nur langsame Fortschritte macht, den Umstand an, daß zunächst wichtigere hygienische Aufgaben, wie die Anlage von Wasserleitungen und Kanalisation, Straßenpflasterung und Krankenhausbauten, zu erfüllen waren und überdies die hohen Kosten der in Großstädten errichteten Badeanstalten die kleineren Gemeinden abschreckten. Dadurch komme es auch, daß die Bevölkerung mangels einer Badegelegenheit das Baden tatsächlich nicht gelernt habe. Sodann werden eingehend die Wirkung der Bäder auf die Haut und den Gesamtorganismus, sowie die verschiedenen Formen der Bäder besprochen. Er hält es für dringend erwünscht, daß seitens der Schulaufsichtsbehörde bei jedem Schulneubau die Einrichtung eines Schulbades vorgesehen wird, weil auf diese Weise am leichtesten eine Generation erzogen werden kann, die wieder „gelernt hat zu baden". Anhangsweise werden kurz die Dampfbäder und Schwimmhallenbäder besprochen.

b) Der Mitberichterstatter, Landrat Dr. Burchard-Alfeld, behandelt die Volksschulbadfrage vom Standpunkte des Verwaltungsbeamten, unter Zugrundelegung der Erfahrungen im Kreise Schmalkaden und in der westpreußischen Stadt Mewe, sowie der Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder.

Da man auf dem Lande die Erwachsenen nur in beschränktem Umfange zum Baden erziehen kann, so ist damit zu beginnen, der Jugend die Gewöhnung an regelmäßiges Baden anzuerziehen und dadurch das Badebedürfnis erzieblich in die Familie zu tragen. Hieraus ergibt sich die Forderung, regelmäßig zunächst die Einrichtung von Schulbädern anzustreben. Hierfür ist als geeignetste Form aus hygienischen und finanziellen Gründen das Brausebad jetzt allgemein anerkannt. Das Schulbad läßt sich in kleineren Gemeinden durch Hinzunehmen einer Wanne leicht zu einem ein-

fachen Volksbade ausgestalten; in größeren Gemeinden und kleinen Städten empfiehlt sich für das Volksbad eine getrennte Anlage, zweckmäßig durch Angliederung an ein anderes städtisches Betriebsunternehmen (Wasserwerk, Gasanstalt, Krankenhaus, Schlachthaus, Turnhalle). Die Projektierung und Ausführung ist stets einem bewährten Fachmann zu übertragen, eventuell die Auskunftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder zu benutzen. Die Kostenfrage ist, abgesehen von der Größe der Anlage davon abhängig, ob bauliche Aenderungen erforderlich werden und ob Wasserleitung vorhanden ist. Beispielsweise hat das Schulbrausebad in Mewe (4000 Einwohner) 1300 Mark Kosten verursacht, das an das Stadtkrankenhaus daselbst angegliederte Vollbad, (2 Wannen, 6 Brausezellen) 3700 Mark. Das Schulhaus in Gerzen, Kr. Alfeld, wo Wasserleitung vorhanden ist, hat mit 1 Wanne und 4 Duschen 1200 Mark gekostet. Beim Fehlen der Wasserleitung würde dieselbe Anlage 1500 Mark gekostet haben.

Der Badebetrieb für die Schulkinder ist so zu gestalten, daß allmählich alle Kinder freiwillig sich am Baden beteiligen. Ein Zwang dazu ist wenigstens in den ersten Jahren nicht auszuüben. Die Betriebskosten des Brausebades sind gering. In Mewe hat im ersten Jahre bei durchschnittlich 180 badenden Kindern der Badetag 90 Pfennig gekostet. Selbstverständlich ist das Baden für die Schulkinder unentgeltlich, andere haben eine möglichst niedrig zu bemessende Gebühr zu entrichten.

Die Anlage der Schulbäder ist durch die Verwaltungsbehörden anzuregen und durch Kreisbeihilfen, sowie durch Zuschüsse aus den Ergänzungszuschußfonds der Kreisausschüsse zu fördern.

Der Grundsatz, daß das Badewesen auf dem Lande zweckmäßig von der Schule ausgeht, darf nicht schematisch angewendet werden. Auch im Anschluß an Fabriken, Brennereien und Molkereien und dergl. lassen sich einfache dörfliche Badeanlagen schaffen.

Auch das Baden im Freien ist durch Anlage von Badeplätzen zu fördern, wenn möglich mit Gelegenheit zum Schwimmen. (Selbstbericht.)

Die Berichterstatter hatten ihren Ausführungen folgende Leitsätze zugrunde gelegt:

a. (Dr. Müller.)

1. Breite Schichten des deutschen Volkes haben das Baden verlernt bezw. nicht kennen gelernt; sie sind in Wort und Schrift über die Vorteile des Badens zu belehren und zum Baden zu erziehen.

2. Das regelmäßige Baden ist für die öffentliche Gesundheitspflege von großer Bedeutung, weil mit der körperlichen Reinlichkeit der Sinn für saubere Lebensführung (Wohnung, Kleidung, Ernährung) überhaupt geweckt wird.

3. Das regelmäßige Baden schützt vor Erkältungskrankheiten und in gewissem Grade auch vor ansteckenden Krankheiten, hebt den Stoffwechsel und trägt durch Abhärtung zur Hebung der Wehrkraft des Volkes bei.

4. Es ist danach zu streben, daß jedem Deutschen wöchentlich ein Bad ermöglicht wird.

5. Da in absehbarer Zeit nicht zu erwarten steht, daß durch Hausbadeanlagen dem Bedürfnis genügt werden kann, ist auf Einrichtung von Volks- und Schulbädern zu dringen.

6. Die Entwicklung der Volksbäder in mittleren und kleineren Städten ist zurzeit nicht genügend, ihre Förderung ist am notwendigsten.

7. In jedem Schulneubau in Stadt und Land sind seitens der Aufsichtsbehörde Schulbäder vorzuschreiben, sofern nicht zu große technische Schwierigkeiten vorliegen und sofern nicht durch vorhandene Volksbäder dem Badebedürfnis der Kinder genügt werden kann.

8. Auch auf dem platten Lande ist die Beschaffung allgemein zugänglicher Badegelegenheiten wünschenswert.

b. (Dr. Burchard.)

9. Als grundlegende Form für das Dorfbad ist das Schulbrausebad zu wählen, das allmählich zum Volksbade auszubilden ist.

10. Es ist zu erstreben, daß keine neue Schule ohne Bad errichtet wird. Zum mindesten sollten die Kellerräume so angelegt werden, daß später ohne bauliche Veränderungen ein Bad eingerichtet werden kann.

11. **Auch vorhandene Schulen sind, wenn irgend möglich, mit einer Badeeinrichtung zu versehen.**

12. **Das Vorhandensein einer Wasserleitung begünstigt die Anlage des Schulbades; es ist daher die Beschaffung von Wasserleitungen, wo sie noch fehlen, auch aus diesem Gesichtspunkte zu fördern.**

13. Das Projekt ist in jedem Falle durch einen bewährten und erfahrenen gesundheitstechnischen Fachmann, der zuvor die Verhältnisse an Ort und Stelle eingehend zu prüfen hat, aufzustellen und in hygienisch einwandfreier Weise auszuführen.

14. Die Verantwortung für die gute Instandhaltung der Badeeinrichtung und die Aufsicht beim Baden der Knaben ist dem Lehrer (Hauptlehrer) gegen angemessenes Entgelt zu übertragen, die Beaufsichtigung der Mädchen der Lehrersfrau oder einer anderen geeigneten weiblichen Person.

15. Das Baden der Schulkinder ist unentgeltlich und — wenigstens im Anfang — freiwillig. Die Frequenz ist durch Belehrung, sowie durch fürsorgliche und freundliche Behandlung zu fördern. Wo die Verhältnisse es erlauben, ist das Baden später obligatorisch zu machen. Jedenfalls ist zu erstreben: Jedem Schulkind wöchentlich ein Bad.

16. Leistungsschwachen Gemeinden ist die Anlage von Schulbädern finanziell zu erleichtern (Kreisbeihilfen, Ergänzungszuschuß).

17. Wo die Einrichtung eines Schulbades nicht möglich ist, läßt sich eine Badegelegenheit manchmal auch auf andere Weise schaffen (Benutzung einer Dampfkesselanlage usw.).

18. Auch das Baden im Freien, sowie das Schwimmen ist zu fördern.

Erörterung:

Landrat v. Stockhausen-Marienburg macht auf den in einigen Gegenden herrschenden großen Wassermangel aufmerksam, der die Anlage von Volksbädern ganz unmöglich mache. Die Gemeinden, die gerade in letzter Zeit für allerlei hygienische Maßnahmen Geld hergeben mußten, sind nur dann zur Anlage von Bädern bereit, wenn auch Staatszuschüsse geboten werden könnten. Wenn bei der Bearbeitung von Schulhausprojekten gleich auf die Notwendigkeit der Anlage eines Bades hingewiesen würde, glaubt er die Kosten leichter aufbringen zu können.

Landrat Schwendy-Osterode hat in drei Gemeinden leicht die Zustimmung bekommen können. Er fragt an, ob es bedenklich sei, den erwachsenen Dorfbewohnern die Benutzung des Schulbades zu gestatten, weil dadurch möglicherweise Krankheiten in das Schulhaus getragen werden könnten; wenigstens sei ihm in einem Falle mit dieser Begründung die Einrichtung des Bades abgeschlagen worden.

Med.-Rat Dr. Nieper-Goslar und andere halten es für völlig unbedenklich; ein Schulbad sei in dieser Hinsicht nicht anders als ein Hallenbad zu beurteilen. Er berichtet über die Erfahrungen mit Volksbädern in Goslar, Oberbürgermeister Calsow über diejenigen in Göttingen. Ueber das Innerstewasser und deren etwaige Schädlichkeiten entstand eine kurze Besprechung, die weitere Kreise nicht interessiert.

Kreisarzt Prof. Dr. Lochte-Göttingen macht darauf aufmerksam, daß in manchen Orten der Schwimmunterricht klassenweise obligatorisch eingeführt ist. Die Schwimmstunde tritt an die Stelle der Turnstunde; auch das ist ein Weg, den Sinn für das Badewesen im Publikum zu fördern. Er weist ferner darauf hin, daß den Badeanstalten der Vorwurf gemacht worden ist, sie trügen zur Verbreitung übertragbarer Krankheiten bei. L. hat bei 50 scharlachkranken Personen in Göttingen Nachfrage angestellt, ob sie das Schwimmbad oder überhaupt das Stadtbadehaus benutzt haben. In 49 Fällen wurden diese Fragen verneint. Es geht daraus hervor, daß durch das Badehaus keine Uebertragungen stattgefunden haben.

Schließlich erwähnt L. die Bestrebungen, die Luft in Hallenbädern zu verbessern und erwähnt die Ozonierungseinrichtungen, die sich in Heidelberg im Betriebe befinden. Der üble Geruch der Luft wird beseitigt, gleichzeitig sinkt die Keimzahl.

Die Ozonierungsanlage in Heidelberg ist von der Firma Siemens & Halske-Berlin geliefert worden. Es empfiehlt sich, weitere Versuche nach dieser Richtung hin anzustellen.

L. hält die allgemeine Empfehlung von Luftbädern für bedenklich. Ihre Wirkung kann infolge des starken Wärmeverlustes des Körpers auf Personen, die zur Nervosität neigen, direkt schädlich sein. (Selbstbericht.)

II. Ueber die praktische Ausführung der den Gemeinden, bezw. Kreisen obliegenden Verpflichtungen zur Beschaffung von Einrichtungen für die Bekämpfung der übertragbaren und gemeingefährlichen Krankheiten (§ 29 des Gesetzes betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905), (§§ 12—19, 21 des Gesetzes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900).

Berichterstatter: Landrat v. Stockhausen (Marienburg):

Nach kurzer Darlegung der geltenden gesetzlichen Bestimmungen schilderte Ref. an der Hand der Ausführungsanweisung zu § 29 des preußischen Gesetzes vom 28. August 1905 betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten das, was im eigenen Kreise in dieser Beziehung geschehen ist, und was nach seiner Ansicht überhaupt geschehen muß; er wies namentlich darauf hin, daß an eine erfolgreiche Bekämpfung der gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten nur gedacht werden könne, wenn die Kreise im weitesten Umfange von der ihnen im § 29 des Gesetzes vom 28. August 1905 verliehenen Befugnis, statt der Gemeinden die Einrichtungen zu treffen, welche zur Seuchenbekämpfung erforderlich sind, Gebrauch machten. Als solche Einrichtungen kämen namentlich in Betracht Krankenhäuser, und wo sie nicht mit diesen verbunden würden, Absonderungsräume in jederzeit betriebsfertigem Zustande.

Ein Vertrag mit dem Roten Kreuz, auf den die Ausführungsanweisung zum § 29 des Gesetzes vom 28. August 1905 hinweist, genügt allein nicht, da bis zur Aufstellung von Baracken zu lange Zeit vergeht, es aber bei den gemeingefährlichen und zum Teil auch bei den übertragbaren Krankheiten hauptsächlich darauf ankommt, die ersten Fälle unschädlich zu machen. Dies könne nur durch alsbaldige Absonderung in geeigneten Räumen geschehen. Die Bekämpfung einer Krankheit, die schon weitere Verbreitung gefunden hat, sei schwierig und mit großen Opfern verknüpft. Referent empfiehlt ferner zur Durchführung der Desinfektion, die Kosten, wegen deren sie von den Pflichtigen häufig umgangen würde, möglichst ganz oder zum Teil auf öffentliche Mittel zu übernehmen; dadurch lasse sich auch die gesetzlich nicht vorgeschriebene, aber höchst wünschenswerte Desinfektion beim Wohnungswechsel Tuberkulöser erreichen. Nachdem Referent noch Krankenwagen, Leichenwagen, Beerdigungsplätze und Aufbahrungsräume behandelt hatte, schließt er mit dem Hinweis auf die großen aller Beteiligten noch auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung harrenden Aufgaben, die zwar nicht auf einmal erledigt werden könnten, aber an deren Lösung mit allen Kräften gearbeitet werden müsse, wenn dem Gesetze zum Wohle der leidenden Menschheit Genüge geleistet werden soll. (Selbstbericht.)

Der Berichterstatter hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

1. Eine Bekämpfung gemeingefährlicher oder übertragbarer Krankheiten wird überall da, wo es sich um kleinere oder mittlere Gemeinden handelt, zu denen auch ein großer Teil der kreisangehörigen Städte zu rechnen ist, nur dann mit Erfolg unternommen werden können, wenn die Kreise von der in § 29 des Gesetzes vom 28. August 1905, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, gegebenen Befugnis, statt der Gemeinden die Einrichtungen, welche zur Bekämpfung dieser Krankheiten erforderlich sind, zu treffen, in möglichst weitem Umfange Gebrauch machen.

2. Es ist erforderlich, daß zur Aufnahme von Kranken, krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen geeignete Absonderungsräume in jederzeit betriebsfähigem Zustande bereit gestellt werden. Die gewöhnlichen Krankenhäuser genügen nicht, falls sie nicht mit hinreichend großen, von den übrigen Räumen vollständig getrennten Isolierräumen ausgestattet sind; ebensowenig genügt ein Vertrag mit dem roten Kreuz wegen Lieferung von transportablen Baracken.

Für Pflegepersonal und Aerzte ist gleichfalls zu sorgen.

3. Um die Desinfektionen sicher zu stellen, ist die Uebernahme der Desinfektionskosten ganz oder zum größeren Teile aus öffentliche Mittel dringend zu empfehlen.

Erörterung.

Bürgermeister Dr. Hessel (Osterode) teilt mit, wie die Sanitätskolonnen vom Roten Kreuz den Krankentransport ausüben und Desinfektoren stellen. Landrat Dr. Burchard-Alfeld hat bei Gelegenheit einer Typhusepidemie die Erfahrung machen müssen, daß der zufolge Ministerial-Erlaß vom 25. März 1905 mit dem Landesverein vom Roten Kreuz abgeschlossene Vertrag sich nicht bewährt hat. Erst nach 14 Tagen traf die Baracke in Alfeld ein und war erst nach weiteren 8 Tagen betriebsfähig. Der Vertrag soll gekündigt werden. Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Arbeit rät daher dringend den Kreisen, Seuchenbaracken zu bauen, damit sie beim Ausbruche gemeingefährlicher Krankheiten gerüstet seien. Die Erfahrung habe gelehrt, daß große Krankenhäuser (Hannover, Göttingen, Hildesheim) sich einfach weigern, Pockenkranke aus anderen Kreisen aufzunehmen. Med.-Rat Dr. Buchholz-Einbeck bespricht die Wirkungslosigkeit der Wohnungs- (insbesondere Formalin-) Desinfektion und die Schwierigkeit ihrer Durchführung in der Praxis. Landrat Geh. Rat Heye-Hildesheim bestätigt dieses aus eigener Erfahrung bei einer Diphtherieepidemie (siehe Zeitschrift für Medizinalbeamte 1909, S. 81 und ebenda Beilage Nr. 3 im Berichte der Medizinalbeamten-Versammlung unter Nr. III, Referent Becker). Er hält es für dringend erwünscht, daß dem Herrn Minister über diese ungünstigen Erfahrungen, die übrigens vorwiegend gerade die praktischen Aerzte gemacht haben, Vortrag gehalten werde, damit die Desinfektionsvorschriften mindestens beim Auftreten von Scharlach und Diphtherie einer Neubearbeitung unterworfen würden. Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Guertler-Hannover warnt vor Uebertreibungen. Die mangelhafte Wirkung der Desinfektionen beruhe vielfach in der mangelhaften Ausführung derselben. Die hannoverschen Kreisärzte seien daher angewiesen, gelegentlich die Wohnungsdesinfektionen überraschend zu kontrollieren. Die fortlaufende Desinfektion werde in Hannover durch Aufsichtsdamen und Berufskrankenpflegerinnen, die lediglich zu diesem Zwecke angestellt seien, überwacht.

III. Die Errichtung von Fürsorgestellen zur Bekämpfung der Tuberkulose.

a) Berichterstatter: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Damsch-Göttingen: Der seit dem Jahre 1883 bemerkbare Rückgang der Tuberkulose-Sterblichkeit in Preußen ist die Folge verschiedener Momente, der Assanierungsmaßregeln in den Städten, der sozialen Gesetzgebung, des Ansteigens des allgemeinen Wohlstandes, sowie der Errichtung von Heilstätten für Tuberkulöse. Der Rückgang der Sterblichkeit tritt vorzugsweise in den höheren, weniger in den jugendlichen Altersklassen hervor, woraus sich ergibt, daß die Heilstätten allein zur Bekämpfung der Tuberkulose im jugendlichen Alter nicht genügen. Es ist dies verständlich, da schwer Kranke in die Heilstätten nicht aufgenommen werden, und die leichter Erkrankten nur vorübergehend Aufnahme finden können. Letztere kehren in ihre alten Verhältnisse und in die alten Gefahren zurück. Für beide Gruppen von Kranken ist die Einrichtung einer häuslichen Fürsorge erforderlich, über deren Gestaltung ein Arzt als Sachverständiger entscheiden muß. Wünschenswert ist eine Zentralisierung der häuslichen Fürsorge unter ärztlicher Leitung durch die Errichtung von Fürsorgestellen seitens der Gemeinden. In diesem Sinne sind eine ganze Reihe von Städten (Göttingen 1906) vorgegangen, während die Landkreise noch im Rückstande sind. Das doppelte Mißtrauen, welchem diese Einrichtungen von seiten des Publikums und von seiten der Aerzte begegneten, ist erfreulicherweise bald geschwunden. Aerzte und Laien dürfen ihre Mitwirkung nicht versagen in der Ermittlung möglichst aller Tuberkulösen; die ärztliche Behandlung muß den praktischen Aerzten erhalten bleiben, nur die Fürsorge für die Kranken ist die alleinige Aufgabe der neuen Einrichtungen. Dieser Aufgabe wird entsprochen: 1. Durch öffentliche Sprechstunden — ein- bis zweimal wöchentlich — in denen die Untersuchung der Kranken erfolgt. Von jedem Kranken werden Personalakten über seine wirtschaftlichen und gesundheitlichen Verhältnisse, einschließlich des Untersuchungsbefundes angelegt. 2. Durch eingehende Kontrolle der häuslichen Verhältnisse, besonders Wohnung und Ernährung betreffend, muß der Fürsorgearzt unmittelbar an den Heerd der Erkrankung vordringen. Sämtliche Mitglieder der Familie sind einer Untersuchung zu unterziehen; nicht nur die Kranken, sondern auch

Verdächtige und Bedrohte sind in Fürsorge zu nehmen; bei allen Fürsorgepfleglingen müssen von Zeit zu Zeit Kontrolluntersuchungen stattfinden.

Die Fürsorgemaßnahmen erstrecken sich 1. auf Belehrung und Aufklärung im Einzelfall, sowie auf öffentliche Vorträge über das Wesen der Tuberkulose, ihre Gefahren und die erfolgreiche Bekämpfung derselben, unterstützt durch Demonstrationen, wie sie durch das Tuberkulose-Wandermuseum ermöglicht sind; 2. auf die Durchführung hygienischer Forderungen: Beseitigung des Auswurfs als des Trägers des Krankheitsgiftes, Kampf gegen Unsauberkeit und Unordnung, Isolierung der Kranken, Sorge für helle und luftige Räume, Uebernahme der Leib- und Bettwäsche (Wäschebeutel), Unterstützung der Wirtschaftsführung nach jeder Richtung durch Gewährung von Beihilfen, Sorge für gute Ernährung durch Gewährung von Nahrungsmitteln (Mittagessen), besonders von Milch und Eiern. — Ebenso fällt den Fürsorgestellen, unter Zuziehung der behandelnden Aerzte, die Ueberweisung der Kranken oder Gefährdeten in Krankenhäuser, Heilstätten, Kurorte, Erholungsstätten usw. zu, wie sie auch für die Desinfektion der Wohnungen bei Todesfällen, Wohnungswechsel oder vorübergehender Abwesenheit zu sorgen haben.

Die Mittel zur Durchführung dieser Maßnahmen müssen von den Gemeinden getragen werden. Die bisherigen Erfolge der Fürsorgestellen ermutigen zur Fortsetzung dieser Bestrebungen in hohem Maße. (Selbstbericht.)

b. Der Mitberichterstatter Kreisarzt Med.-Rat Dr. Riehn-Clausthal schildert eingehend die Einrichtungen der Fürsorgestellen im Kreise Zellerfeld. Ende April 1909 wurde mit Hülfe des Provinzial-Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in Hannover vom Zweigverein für den Oberharz des Vaterländischen Frauenvereins in Clausthal eine Fürsorgestelle ins Leben gerufen, der sich nach und nach die Ortsgruppen Altenau, Grund, Lautenthal, Wildemann, Buntenbock und Lerbach anschloßen. Die Bezirksdamen machen mit Hülfe der Gemeindeschwestern die Tuberkulösen ausfindig und bewegen sie zum Arzt zu gehen oder falls sie schon behandelt werden, sich in der Fürsorgestelle vorzustellen. Die Kranken werden dann, ebenso wie ihre Angehörigen, dauernd überwacht und die Familienverhältnisse nach dem vom Provinzialverein zur Bekämpfung der Tuberkulose vorgeschriebenen Formulare registriert. Die behandelnden Aerzte stellen Befundscheine über die Kranken aus. Die Fürsorgejournale werden von den Bezirksdamen geführt, welche überdies gehalten sind, die Kranken persönlich aufzusuchen. Gerade dadurch ist die Einrichtung sehr populär geworden; Differenzen mit den praktischen Aerzten werden vermieden. Der Arzt der Fürsorgestelle behandelt die Kranken nicht, sondern fungiert nur als Berater der Leiterin. Ein Hauptgewicht wird auf die möglichste Absonderung der Kranken im eigenen Hause gelegt. Leib- und Bettwäsche wird kostenlos gewaschen und desinfiziert, ein besonderes Bett und Schlafzimmer für den Kranken eventuell unter Zahlung eines Mietszuschusses bereit gestellt. Geld wird nicht gewährt, wohl aber erforderlichenfalls kräftige Kost. Tuberkulöse Kinder werden in Soolbäder geschickt, später mit kräftiger Kost oder Milchfrühstück versehen. Die bisherigen Erfolge, die sich noch nicht in vollem Umfange übersehen lassen, sind gute. Es wird angestrebt, daß sämtliche Orte des Kreises sich der Fürsorgestelle angliedern, da nur so möglichst alle Tuberkulösen ausfindig gemacht werden können. Das wesentlichste ist die Auswahl einer geeigneten Persönlichkeit als Leiterin und geschickter Helferinnen; in größeren Orten ist eine ausgebildete Krankenpflegerin nicht zu entbehren. Die Mithülfe der Aerzte ist unentbehrlich, zumal bei der Entdeckung der Frühstadien der Tuberkulose.

Die Berichterstatter hatten folgende Leitsätze aufgestellt (Damsch Nr. 1—15, Riehn Nr. 16—26):

1. Die Errichtung von Fürsorgestellen für Tuberkulöse bildet ein weiteres wertvolles Glied in der Reihe der bereits vorhandenen Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose und sollte tunlichst bald in allen Stadt- und Landkreisen zur Durchführung gelangen.

2. In Städten werden dieselben am zweckmäßigsten einem Vertrauensarzt als ärztlichen Leiter unterstellt, der die Fürsorgemaßnahmen bestimmt, während die ärztliche Behandlung den Hausärzten vorbehalten bleiben muß. In den Landkreisen werden besondere Vereinbarungen mit den Aerzten des Kreises getroffen werden müssen. Die Ausführung der getroffenen Maßnahmen ist Fürsorgeschwestern zu übertragen.

3. Die Tätigkeit der Fürsorgestellen erstreckt sich auf die Abhaltung öffentlicher Sprechstunden zwecks ärztlicher Untersuchung, sowie auf die Kontrolle der Wohnung und Lebensführung der der Fürsorge überwiesenen Kranken.

4. Eine ihrer Hauptaufgaben ist die möglichst frühzeitige Ermittelung aller tuberkulös Erkrankten.

Die Erfüllung dieser Aufgabe ist nur möglich unter der Mitwirkung der praktischen Aerzte (Krankenkassen) und aller Laien durch Ueberweisung Erkrankter oder Verdächtiger an die Fürsorgestelle.

5. Die Fürsorge soll sich nicht nur auf solche Individuen erstrecken, welche bereits nachweislich an Tuberkulose leiden, sondern auch auf gefährdete oder der Tuberkulose verdächtigen Individuen ausgedehnt werden.

6. Durch geeignete Maßnahmen (Belehrung im Einzelfall, öffentliche Vorträge, unter Mithilfe von Demonstrationen des Wandermuseums usw.) ist das Laienpublikum über Wesen und Art der Tuberkulose aufzuklären, sowie über die Mittel zur erfolgreichen Bekämpfung derselben zu unterweisen.

7. Der Feststellung einer tuberkulösen Erkrankung im Einzelfall soll die Untersuchung sämtlicher Familienmitglieder folgen.

8. Die gesamten wirtschaftlichen Verhältnisse der Pfleglinge sind seitens der Fürsorgestellen einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen, vorhandene Uebelstände sind zu beseitigen. Insbesondere soll für möglichste Isolierung der Erkrankten und gute Ernährung derselben, sowie für zweckmäßige Behandlung der Wäsche (Lieferung von Wäschebeuteln zur Aufbewahrung derselben), Beseitigung des Auswurfs, wie überhaupt für die Durchführung größter Reinlichkeit im Haushalt gesorgt werden.

9. Durch Erziehung zur Reinlichkeit, durch Gewährung von Nahrungsmitteln, Heizmaterial, Uebernahme der Wäsche, Stellung von Hilfspersonal zur Führung des Haushaltes, sowie durch Zuschüsse zur Aufbesserung der Wohnungsverhältnisse seitens der Fürsorgestelle soll den Forderungen der Hygiene möglichst entsprochen werden.

10. Neben der physischen Pflege im Hause haben die Fürsorgestellen die Ueberweisung der Kranken in Krankenhäuser, Heilstätten, klimatische Kurorte unter Zuziehung der behandelnden Aerzte zu befürworten.

11. Besondere Sorgfalt soll den im Kindesalter stehenden Fürsorgepfleglingen gewidmet werden durch Verabfolgung von Soolbädern (Badeanstalten), Ueberweisung der Kinder in Sool- oder Seebadeorte, Walderholungsstätten u. a. m.

12. Alle aus den Heilstätten usw. heimkehrenden Pfleglinge sollen den zugehörigen Fürsorgestellen zur weiteren Kontrolle überwiesen werden.

13. Bei Todesfällen, Wohnungswechsel oder vorübergehender Abwesenheit der Fürsorgepfleglinge soll die Fürsorgestelle die Desinfektion der Wohnungen veranlassen.

14. Die Mittel zur Durchführung dieser Aufgaben werden von den Gemeinden getragen werden müssen unter Heranziehung der Krankenkassen, der Landesversicherungsanstalten und etwaiger bereits bestehender Wohltätigkeitsvereine.

15. So dienen die Fürsorgestellen dem Wohle des Einzelnen wie dem Schutze der Gesamtheit.

16. Im Kreise Zellerfeld hat die Tuberkulosesterblichkeit von 1883 bis 1907 stetig zugenommen; auffällig war die hohe Zahl der gestorbenen Männer, besonders der Bergleute.

17. Im Hinblick darauf hat der Zweigverein des Vaterländischen Frauenvereins vom Roten Kreuz von vornherein sein Augenmerk hauptsächlich auf die Bekämpfung der Tuberkulose gerichtet und zu diesem Zweck eine Fürsorgestelle ins Leben gerufen.

18. Soweit die Kranken nicht in ärztlicher Behandlung stehen, und von den Aerzten der Fürsorgestelle überwiesen werden, geschieht das Aufsuchen der Krankheitsverdächtigen durch die Bezirksdamen des Vaterländischen Frauenvereins. Diesem Umstande ist die gute Entwickelung der Fürsorgestelle zu danken. Widerwärtigkeiten haben sich nicht ergeben.

19. Durch Absonderung der Kranken und Sorge für fortlaufende Desinfektion, die in den Händen einer Laienschwester liegt, wird der Ausbreitung der Tuberkulose entgegengearbeitet.

20. Auch materiell wird für die Kranken und deren Angehörige gesorgt.

21. Die Fürsorge erstreckt sich auch auf Krankheitsverdächtige und Gefährdete.

22. Kinder tuberkulöser Eltern werden in Soolbäder und sonstige Kuranstalten geschickt; wobei noch ein großes Gewicht auf eine Nachkur gelegt wird.

23. Wenn auch bei den Erkrankten selbst wesentliche Erfolge noch nicht zu verzeichnen sind, so hat die Fürsorge doch bei den gefährdeten Angehörigen, besonders den Kindern sehr günstige Erfolge gezeitigt.

24. Nach den bisherigen guten Erfahrungen ist dahin zu streben, daß sämtliche Orte des Kreises der Fürsorgestelle angegliedert sind.

25. Soll überhaupt eine wirksame Bekämpfung der Tuberkulose platzgreifen, so genügt es auch nicht, wenn einzelne Kreise eine Fürsorgestelle gründen, sondern es müssen sich möglichst alle Kreise beteiligen, vor allem besonders aber in den stärker befallenen Kreisen sämtliche Ortschaften.

26. Besondere Schwierigkeiten sind hier ebensowenig wie in anderen Ortschaften bezw. Kreisen, die bereits Fürsorgestellen besitzen, zu Tage getreten. Die Kranken und deren Angehörige bringen den Fürsorgebestrebungen ein anzuerkennendes Verständnis entgegen, ganz besonders diejenigen, die schon einmal in Heilstättenbehandlung gewesen sind.

c. Der am Erscheinen verhinderte zweite Mitberichterstatter Landrat v. Lüken (Zellerfeld) hatte folgende Leitsätze eingesandt:

I. Die Lungenfürsorgestellen werden zweckmäßig nicht von Behörden, sondern von Privat-Organisationen einzurichten und zu betreiben sein, da diese in der Regel eher Entgegenkommen in der Bevölkerung finden, Einblick in die Familienverhältnisse erhalten und die nötige Fühlung im Volke herstellen können, als es bei Behörden der Fall ist. Die Leitung der Fürsorgestellen wird aber stets Hand in Hand mit den Behörden, insbesondere mit den Organen der kommunalen und kirchlichen Armenpflege, vorzugehen, auch sich die Mitarbeit der Gemeindeschwestern zu sichern haben.

II. Das Arbeitsgebiet der Fürsorgestellen besteht im Wesentlichen in Folgendem:

1. Ermittelung der Krankheitsfälle und deren Registrierung.
2. Benachrichtigung derjenigen Stellen, die zum Eingreifen und Helfen berufen sind, wie Krankenkassen, Knappschaftskassen, Landesversicherungsanstalten, Gemeindeverwaltungen, Vermittlung von Unterstützungsanträgen usw.
3. Aerztliche Untersuchung des Kranken und seiner Angehörigen.
4. Wohnungspflege, Isolierung der Kranken, Desinfektion, Verabreichung von Stärkungsmitteln.
5. Vorbeugungsmaßnahmen an gefährdeten Angehörigen, namentlich Kindern, wie Beschaffung von Solbadekuren, Stärkungsmitteln, Milchfrühstück in der Schule und an Rekonvaleszenten.
6. Aussonderung Schwerkranker aus den Familien und ihre Unterbringung in besonderen Anstalten.

III. Ob und welche Maßnahmen die einzelnen Fürsorgestellen zur Anwendung zu bringen haben, wird sich namentlich nach ihrer Finanzlage richten. Die Maßnahmen zu II 1 und 2 werden sich ohne erhebliche Kosten durchführen lassen. Soll die Fürsorgestelle aber eine wirklich erfolgreiche Wirksamkeit entfalten, so wird sie ihre Tätigkeit auch auf die weiteren Funktionen (II 3—6) ausdehnen müssen, und hierzu gehören reichliche Geldmittel. Sie wird also an ihre Aufgabe nur dann mit Erfolg herantreten können, wenn sie entweder selbst in einer günstigen Finanzlage sich befindet, oder sich die ausreichende Mitwirkung geeigneter und bereiter Stellen, wie Landesversicherungsanstalten, Kreis- und Gemeindeverwaltungen, größerer gemeinnütziger Vereine und Verbände gesichert hat oder wenn endlich von dritter Seite bereits erhebliche Mittel zu ähnlichen Zwecken zur Verfügung gestellt sind, z. B. wenn Kreis- oder Gemeindeverwaltungen die Kosten für Desinfektionen, Solbadekuren, Milchfrühstück u. a. m. bereits übernommen haben. Vor Einrichtung von Fürsorgestellen bedarf also die Finanzfrage einer besonders gründlichen Prüfung.

IV. Ein Punkt, der beim Betriebe von Fürsorgestellen keineswegs außer Acht gelassen werden darf, und hervorgehoben werden muß, ist das ethische Moment. Die Arbeit der Fürsorgestelle bedeutet ein derartiges Eindringen in die intimsten Verhältnisse von Haus und Familie, daß mit großem Takt und Geschick vorgegangen werden muß, wenn in den Bevölkerungsschichten, in denen gearbeitet werden soll, nicht Mißmut und Erbitterung, auch Ablehnung kommen soll. Auf die Auswahl der ausführenden Organe muß deshalb große Sorgfalt verwendet werden. An dem ethischen Moment wird häufig auch eine der wesentlichsten Aufgaben der Fürsorgestellen, die Entfernung Schwerkranker aus den Familien, Gefahr laufen. In Gegenden mit ausgeprägtem Heimats- und Familiensinn wenigstens trennen sich die Kranken und die Familien nur schwer voneinander; es wird zum Mindesten der langjährigen und stetigen Aufklärung und Belehrung bedürfen, um hierin vielleicht mit der Zeit einigen Wandel zu schaffen.

Erörterung:

Kreisarzt Med.-Rat Dr. Becker (Hildesheim) reicht eine vom königl. Statistischen Landesamte in Berlin ausgearbeitete tabellarische Uebersicht über die Tuberkulose-Mortalität im Regierungsbezirke Hildesheim während des Jahres 1909 nach den einzelnen Kreisen geordnet herum, aus der insbesondere die hohe Sterblichkeitsziffer der Harzkreise (Lungenheilanstalten!) und des Kreises Uslar (sehr ärmliche Bevölkerung in den Orten des Solling) ersichtlich ist. Sodann bespricht er die Tuberkulose-Mortalität in der Stadt Hildesheim während der letzten 15 Jahre (1895 bis 1909) und zeigt einen Stadtplan vor, in den er die sämtlichen Todesfälle an Tuberkulose aus diesem Zeitraume eingezeichnet hat. Man sieht auf dem ersten Blick, daß vorwiegend die Altstadt betroffen ist und von den Außenbezirken die Arbeiterwohnungen in der Nähe einer Glashütte. Sogenannte „Tuberkulosehäuser“ hat er aufgesucht und alle Formen des sozialen Elendes dort angetroffen. Die Errichtung einer Tuberkulose-Fürsorgestelle, die übrigens geplant wird, ist daher dringend nötig.

Dr. Breul-Hannover gibt Winke für die Errichtung von Fürsorgestellen nach den Grundsätzen des Provinzial-Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose und erläutert die bekannten Grundsätze der Landes-Versicherungsanstalt Hannover in der Frage der Tuberlosebehandlung.

Bürgermeister Dr. Ehrlicher-Hildesheim beabsichtigt bei der demnächstigen Errichtung der Fürsorgestelle vor allem auch die Krankenkassen finanziell heranzuziehen, da große Mittel nötig seien. Leider seien nach seinen früheren Erfahrungen (in Halberstadt) vielfach die Krankenkassenärzte den Bestrebungen hinderlich; man müsse sie daher von vornherein für die Sache gewinnen.

Landrat v. Stockhausen-Münden wird demnächst eine Fürsorgestelle errichten und beabsichtigt den Kreis als den Träger der Kosten in erster Linie heranzuziehen, daneben auch die Stadtverwaltung, Vaterländischen Frauen-Verein, Loge usw.

Oberbürgermeister Calsow-Göttingen meint, daß die Stadt doch schließlich alles bezahlen müsse, daher solle sie auch die Organisation in die Hand nehmen. Allerdings reichten in Göttingen die in den Haushaltsplan jährlich eingesetzten etwa 7000 Mark lange nicht aus, um alle Not zu lindern. Der Fürsorgearzt müsse eine ganze Persönlichkeit sein, der zu den übrigen Aerzten in einem guten Verhältnisse stehe und durch sein gewinnendes Wesen und taktvolles Auftreten das Zutrauen der Kranken gewinne. In zweiter Linie sei es wichtig, daß die Fürsorgeschwester mit dem Publikum verkehren könne. Der Kernpunkt der ganzen Bekämpfung sei, daß die Frau aus dem Volke Reinlichkeit und Familiensinn wieder lerne. Wenn das Niveau der Arbeiterfrau wieder gehoben werde. so wäre dieses das beste Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Hütten der Armut.

Nach Schluß der Sitzung fand ein vergnügtes Essen im „Englischen Hofe“ statt. Dr. Becker-Hildesheim.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns. Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.
Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. III.

Amtliche Konferenz der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Potsdam am 9. Dezember 1910 im städtischen Untersuchungsamt in Berlin, Fischerstr.

Anwesend waren die sämtlichen Medizinalbeamten des Regierungsbezirks, mit Ausnahme des durch einen gerichtlichen Termin verhinderten Kreisarztes des Kreises Westhavelland, ferner 23 kreisärztlich geprüfte Aerzte. Als Vertreter des Herrn Regierungspräsidenten wohnte Ober-Reg.-Rat v. Wilms den Verhandlungen bei, als Vertreter des Medizinalkollegiums der Provinz Geh. Med.-Rat Dr. Sander und als Gast Geh. Reg.-Rat Prof. Proskauer.

Nach vorangegangener Besichtigung des Untersuchungsamtes unter Führung des Geh. Rats Proskauer und Prof. Sobernheim eröffnete der Vorsitzende, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Roth, die Versammlung, indem er dem lebhaften Bedauern des Regierungspräsidenten, an der Versammlung nicht teilnehmen zu können, Ausdruck gab.

Sodann gedachte der Vorsitzende, Geh. Rat Roth, des schweren Verlustes, den die Medizinalbeamten des Potsdamer Bezirks und speziell das Medizinal-Untersuchungsamt in den letzten Wochen durch den Heimgang des Kreisassistenzarztes Dr. Schönbrod erlitten haben. Der Verstorbene, der seit 2¹/₄ Jahren an dem Untersuchungsamt tätig war, hatte sich eine Typhusinfektion zugezogen, der er am 26. Oktober nach kurzem schweren Krankenlager in der Blüte der Jahre erlag. Er hat sich in seiner Stellung am Untersuchungsamt als ein treuer und gewissenhafter Mitarbeiter bewährt, als ein lauterer Charakter, ein Mann von ehrenhafter Gesinnung, der von den Kollegen allgemein geschätzt wurde. „Er starb im vollen blütenreichen Leben, im ersten Sommer, dem kein Herbst gegeben". Sein Andenken wird bei uns in Ehren bleiben.

Unter Bezugnahme auf den Erlaß des Regierungspräsidenten vom 17. Oktober 1910, in den den Krankenhausvorständen eine Regelung des Schwesterndienstes (Begrenzung des täglichen Dienstes, der Erholungszeiten usw.) aufgegeben wurde, ersuchte der Vorsitzende die Kreisärzte des Bezirks, bei der Durchführung dieser Maßnahmen den Landräten und Oberbürgermeistern beratend zur Seite zu stehen und namentlich auf die an den Anstalten tätigen Aerzte im Sinne einer erfolgreichen Durchführung der in dem Erlaß gegebenen Anregungen und Anordnungen hinzuweisen. Hinsichtlich der sog. rauhen Arbeiten wies er noch besonders darauf hin, daß es in einzelnen Krankenanstalten noch immer vorkomme, daß die Bettstellen und Betttische regelmäßig in 8 tägigen Zwischenräumen von den Schwestern bezw. Lernschwestern abgescheuert werden, obwohl diese namentlich von einigen älteren Oberschwestern gepflegte Tradition durch keinerlei hygienische Rücksichten geboten sei. In dieser Hinsicht genügt es vollkommen, wenn täglich eine feuchte Staubabnahme erfolgt und im übrigen eine gründliche Reinigung bei jedem eintretenden Wechsel des Bettes vorgesehen wird. Soweit derartige überflüssige und sonstige Scheuerarbeiten noch angetroffen werden, sind die Vorstände bezw. die Oberinnen darauf hinzuweisen, daß die durch Wegfall solcher überflüssigen und im übrigen dem niederen Dienstpersonal vorzubehaltenden Scheuerarbeiten gewonnenen arbeitsfreien Augenblicke sehr viel bessere Verwendung finden, wenn sie der Erholung und Sammlung der Schwestern in ihrem verantwortungsvollen Beruf oder der Unterhaltung chronisch Kranker verfügbar gemacht werden.

Weiter teilte Dr. Roth mit, daß es zum ersten Mal in einem ländlichen Kreise des Bezirks gelungen sei, eine zahnärztliche Beratung der sämtlichen schulpflichtigen Kinder in die Wege zu leiten. Nachdem der Vorsitzende die Einrichtungen der ersten Schulzahnklinik in Berlin kennen gelernt, nahm er Gelegenheit, mit dem Kreisarzt des Kreises Osthavelland, Dr. Aust und dem Landrat v. Hahnke Rücksprache zu nehmen, die beide der Sache das größte Interesse entgegenbrachten. Nachdem inzwischen auch die Kreisvertretungen sich mit der Einstellung einer bestimmten Summe in den Etat einverstanden erklärt haben, ist die Organisation im Kreise Westhavelland in der Weise in die Wege geleitet, daß in einer Tagestour mehrere

Schulen von einem Zahnarzt im Beisein des Kreisarztes untersucht werden, und daß im Anschluß hieran diejenigen Kinder, bei denen eine zahnärztliche Behandlung erforderlich ist, zu einem späteren Termin vorgeladen und, soweit die Eltern einwilligen, von dem Zahnarzt behandelt werden.

Auf diese Weise werden die sämtlichen schulpflichtigen Kinder im Laufe von 2—3 Jahren, soweit erforderlich, einer zahnärztlichen Behandlung zugeführt werden. Es steht zu hoffen, daß dies ausgezeichnete Beispiel recht bald in anderen Kreisen Nachahmung findet. Wie dringend das Bedürfnis hierfür, geht daraus hervor, daß nach den ersten bis jetzt ausgeführten Untersuchungen der Prozentsatz der zahnkranken Kinder im ländlichen Teil des Bezirks ein außerordentlich hoher zu sein scheint. Hier wie auf dem Gebiete der Bekämpfung der Tuberkulose und der Säuglingssterblichkeit gilt es durch Schaffung von Fürsorgestellen Hand anzulegen und Wandel zu schaffen. Von den drei Stadtkreisen wird zunächst Potsdam zum 1. April 1911 eine Schulzahnklinik einrichten.

I. Zum ersten Gegenstand der Tagesordnung übergehend, berichtete der Vorsitzende, Geh. Rat Dr. Roth: **Ueber die im Jahre 1910 im Potsdamer Bezirk vorgekommenen Cholerafälle.**

Trotz des Rückgangs, den die Cholera in Rußland in den letzten Wochen erkennen läßt, bleibt mit Rücksicht auf die weite räumliche Ausbreitung und das Befallensein der Grenzdistrikte die Möglichkeit neuer Einschleppungen bestehen, weshalb es angezeigt erschien, kurz über die im Bezirk im laufenden Jahre vorgekommenen Cholerafälle zu berichten.

Der erste Cholerafall im Jahre 1910 ereignete sich auf dem Auswandererbahnhof Ruhleben und betraf den russischen Auswanderer Anton K., 32 Jahre alt, aus Blumenfeld, Gouvernement Warschau, der am 11. Juni d. J. auf dem Auswandererbahnhof in Ruhleben eintraf. Er hatte seinen Heimatsort Blumenfeld am 19. Juni verlassen, war zunächst auf dem Landwege bis Plock und sodann mit dem Schiff auf der Weichsel bis Warschau und von hier mit der Bahn über Ottlotschin-Thorn weitergereist. In Thorn erkrankte K. nach dem Genuß von Käse und Wurst an Uebelkeit, Durchfall und Erbrechen. Das Erbrechen soll während der ganzen Fahrt angedauert haben. K. wurde sogleich nach seiner Ankunft mit seiner Begleiterin in das Krankenhaus der Kontrolstation überführt. Der Eisenbahnwagen, in dem K. mit zusammen 30 Auswanderern auf dem Auswandererbahnhof eintraf, war versehentlich nicht zurückgehalten worden und in der Richtung nach Hamburg-Bremen weitergegangen, deren Hafenbehörden von der Kontrollstation aus sofort telegraphisch in Kenntnis gesetzt wurden. Von den Mitreisenden ist, wie die späteren Feststellungen ergaben, keiner erkrankt.

K., bei dem Cholera bakteriologisch festgestellt war, erlag am 23. Juni der Krankheit, nachdem am Tage vorher eine scheinbare Besserung eingetreten war. Gleich am ersten Tage der Erkrankung war ihm von dem Abteilungsvorsteher am Institut für Infektionskrankheiten, Prof. Dr. Lentz, eine Choleraserum-Einspritzung gemacht worden, desgleichen seiner Begleiterin und der Pflegerin. Bemerkenswert war, daß der Stuhl am zweiten Krankheitstage blutig gefärbt erschien und es bis zum tödlichen Ausgang auch blieb.

Am 24. Juni erkrankte die Begleiterin des K., die 22 Jahre alte Felicia P. gleichfalls aus Blumenfeld, Gouvernement Warschau, die an der Pflege des K., ihres Bräutigams, sich beteiligt hatte. Am 25. Juni wurde bei ihr Cholera bakteriologisch festgestellt, der sie am 27. Juni erlag. Auch in diesem Fall wurde gegen Ende der Erkrankung blutiger Stuhl beobachtet, ein Symptom, das ich in früheren Cholera-Epidemien nie beobachtet habe und das ich geneigt bin, auf Grund dieser Fälle als Ausdruck einer besonders schweren Infektion anzusprechen.

In diesen beiden Fällen ist die Infektion in Rußland, wahrscheinlich auf der Weichsel erfolgt. In beiden Fällen führte eine heftige Indigestion den Ausbruch der Krankheit herbei. Im Falle des K. steht fest, daß er in Thorn Wurst gegessen hat, die sehr schlecht schmeckte, so daß die Begleiterin es ablehnte, davon zu genießen, während die Felicia P. kurz vor ihrer Erkrankung unreife Stachelbeeren gegessen hatte, die in der nächsten Umgebung des Krankenhauses sich fanden. Es erscheint nicht ausgeschlossen, daß beide Bazillenträger geblieben und vielleicht nicht erkrankt wären, wenn die Störung der Magen- und Darmfunktionen vermieden worden wäre. Weitere Erkrankungen kamen auf dem Auswandererbahnhof nicht vor.

Im Anschluß an diese Fälle wurde veranlaßt, daß diejenigen Auswanderer, die, ohne bisher eine Grenzkontrollstation passiert zu haben, dem Auswandererbahnhof Ruhleben von einem der anderen Bahnhöfe, hauptsächlich Charlottenburger oder Lehrter Bahnhof zugewiesen wurden (im Durchschnitt täglich 4—5) bis auf weiteres einer einmaligen bakteriologischen Untersuchung unterzogen werden sollten, da es nicht ausgeschlossen erschien, daß unter Umständen auch gesundheitliche Gründe für die Vermeidung der Grenzkontrollstation bestimmend gewesen sein konnten.

Am 25. August erkrankte in Spandau die 45 Jahre alte Ehefrau des Munitionsrevisors S. nach dem Genuß von Wurst unter choleraverdächtigen Erscheinungen. Am 26. August erlag sie der Krankheit. Nachdem zuerst Wurstvergiftung angenommen worden war, fand am 27. die gerichtliche Sektion der Leiche statt. Da hierbei eine sichere Todesursache nicht festgestellt werden konnte, veranlaßte der stellvertretende Kreisarzt Dr. Aust die bakteriologische Untersuchung der Leichenteile im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, durch die am 29. August asiatische Cholera festgestellt wurde.

In der Nacht vom 27. zum 28. August erkrankte der 50 Jahre alte Ehemann der Verstorbenen, Friedrich S., unter choleraverdächtigen Erscheinungen. S. wurde alsbald in das städtische Krankenhaus in Spandau überführt. Die Untersuchung ergab am 29. August gleichfalls asiatische Cholera. Nachdem der Zustand des S. sich an den folgenden Tagen bereits erheblich gebessert hatte, trat am 3. Septbr. zunehmende Herzschwäche auf, der er am 4. Septbr. erlag.

In diesen beiden Fällen gelang es nicht, die Ansteckungsquelle aufzufinden. Der anfangs gehegte Verdacht, daß mit den aus den östlichen Depots an die Munitionsfabrik zurückgesandten Patronenkästen Choleravibrionen eingeschleppt sein könnten, mußte fallen gelassen werden, nachdem entsprechende Feststellungen ergeben hatten, daß in den in Frage kommenden Depots innerhalb der letzten Wochen keinerlei verdächtige Erkrankungen vorgekommen waren. Ebenso war der Verdacht einer Beziehung dieser Fälle zu den im Juni auf dem Auswandererbahnhof festgestellten beiden Cholerafällen ausgeschlossen. Um nach dieser Richtung völlig sicher zu sein, waren auch diejenigen Bediensteten auf dem Auswandererbahnhof Ruhleben, die in der Stadt Spandau ihren Wohnsitz haben, in den Kreis der bakteriologisch zu untersuchenden Personen hineinbezogen worden, jedoch mit negativem Ergebnis. Es blieb daher nur die Annahme übrig, daß die beiden Fälle zu gesund gebliebenen Bazillenträgern in ursächlicher Beziehung gestanden haben müssen. In dieser Beziehung konnten die bei den Erdarbeiten am Spandauer Bahnhof wie auch am Hafen in größerer Zahl beschäftigten russisch-polnischen Arbeiter in Frage kommen, wenn es auch nicht gelang, durch Einsichtnahme der Krankenbücher der in Rede stehenden Kassen die in der Kette der Beweisführung fehlenden Glieder mit Sicherheit festzustellen.

Trotzdem es sich um eine große Zahl hier beschäftigter Ausländer handelt, hatte eine ärztliche Untersuchung derselben vor ihrer Einstellung nicht stattgefunden. Darin, daß die bei derartigen großen Unternehmungen beschäftigten ausländischen Arbeiter nicht alsbald nach ihrem Eintreffen vor ihrer Einstellung ärztlich untersucht und erforderlichenfalls, wie die in der Landwirtschaft beschäftigten, auch geimpft werden, muß eine sanitäre Gefahr erblickt werden, die dringend der Abhülfe bedarf. Während diese ärztlichen Untersuchungen bei größeren staatlichen Unternehmungen den Unternehmern bereits zur Pflicht gemacht werden, so beispielsweise beim Kaiser Wilhelm-Kanal und dem Großschiffahrtsweg Berlin-Stettin, ist dies bei den kommunalen und sonstigen Unternehmungen nicht der Fall.

An diese beiden Cholerafälle in Spandau reihten sich 4 weitere Uebertragungen an, in denen es zur Aufnahme der Choleravibrionen kam, ohne daß sich eine Erkrankung anschloß. Von diesen Bazillenträgern hatte sich die Tochter der Eheleute S. in der Familie, die beiden Schwestern bei der Pflege der S.schen Eheleute im Krankenhause und die Waschfrau beim Waschen der Wäsche der Frau S. infiziert, die sie übernommen hatte, ehe der Choleraverdacht bei der Frau S. rege geworden war. Bemerkenswert ist in diesem Falle das wiederholte Auftreten und Wiederverschwinden der Choleravibrionen, so daß im ganzen 14 Untersuchungen für notwendig erachtet wurden, ehe die Entlassung aus dem Krankenhause verfügt werden konnte. In allen Fällen wurde erst nach einer größeren Zahl negativer Untersuchungen die Sperre aufgehoben und die Entlassung aus dem Krankenhause verfügt.

Es kamen hier demnach auf 2 Erkrankungsfälle 4 Bazillenträger. Hieraus, wie aus den Feststellungen bei den Cholerafällen auf dem Auswandererbahnhof Ruhleben im Juni d. J. ist zu schließen, daß in Zeiten der Choleragefahr die Vermeidung von Magen- und Darmstörungen von besonderer Bedeutung ist und daß vor allem den Bazillenträgern die Beobachtung einer leichten reizlosen Diät zur Pflicht gemacht werden muß. In diesem Sinne wurden die Aerzte der Krankenanstalt mit entsprechender Weisung versehen. — Anders verhält es sich mit den sog. Dauerausscheidern, die die Krankheit überstanden haben. Hier wird das Bestreben bei der Cholera wie beim Typhus darauf gerichtet sein müssen, diese Personen möglichst bald von ihren Bazillen, deren Konservierung und Anreicherung wir uns namentlich in der Gallenblase zu denken haben, zu befreien, Versuche, die bisher leider nicht zu einem Erfolg geführt haben.

Wie alljährlich um diese Jahreszeit wurden auch im August 1910 aus mehreren Kreisen choleraverdächtige Fälle gemeldet. Bei der in allen diesen Fällen herbeigeführten bakteriologischen Untersuchung konnte der Choleraverdacht nicht bestätigt werden. In einer größeren Zahl dieser Erkrankungen handelte es sich um Fälle von Fleisch- (Wurst-) Vergiftung, die anscheinend in den letzten Jahren häufiger auftreten.

Wenn in diesen Fällen diejenigen Personen, die mit den Erkrankten in Wohnungsgemeinschaft gelebt hatten, als ansteckungsverdächtig in Krankenhäusern abgesondert oder in anderen Fällen einer Beobachtung unterworfen wurden, so erscheint es zweifelhaft, ob ein solches Vorgehen mit den Vorschriften der Ausführungsanweisung zum Reichsgesetz vom 30. Juni 1900 vereinbar ist. Daß choleraverdächtige Personen wie Cholerakranke zu behandeln sind, unterliegt nach den gesetzlichen Bestimmungen (§ 14 der Anweisung) keinem Zweifel; danach ist bei allen verdächtigen Erkrankungen, so lange nicht der Verdacht als unbegründet sich erwiesen hat, so zu verfahren, als ob es sich um wirkliche Cholerafälle handelte. Ansteckungsverdächtige Personen sind aber nach § 18 des Bundesrats nur solche, die mit Cholerakranken oder an Cholera gestorbenen Personen in Berührung gekommen, nicht aber solche, die nur mit verdächtigen Personen in Berührung gekommen sind. Um den hieraus sich ergebenden Weiterungen zu begegnen, erscheint eine Aenderung des § 18 der Anweisung angezeigt.

Das Wichtigste bleibt die sofortige Meldung aller verdächtigen Fälle. Da dieser Meldepflicht seitens der Aerzte trotz aller Belehrungen und Hinweise noch immer nicht in allen Fällen genügt wird, wurden die Aerzte im Potsdamer Bezirk durch Verfügung vom 22. September 1910 unter Bezugnahme auf die jedem Arzte übermittelten „Ratschläge an praktische Aerzte wegen Mitwirkung an den Maßnahmen gegen die Verbreitung der Cholera“ nochmals besonders darauf hingewiesen, daß Brechdurchfälle aus unbekannter Ursache als choleraverdächtig unverzüglich der zuständigen Polizeibehörde zu melden sind.

Nach erfolgter Meldung bleibt es die wichtigste Aufgabe der Medizinalbeamten, nachdem für sofortige und ausreichende Isolierung und Desinfektion Sorge getragen, die bakteriologische Untersuchung aller derjenigen Personenkreise, die mit dem Kranken oder Krankheitsverdächtigen in Berührung gekommen sind, herbeizuführen. Wenn es im 2. Absatz des § 18 der Anweisung des Bundesrats heißt: „Inwieweit auch ansteckungsverdächtige Personen bakteriologischen Untersuchungen zu unterwerfen sind, unterliegt dem Ermessen des beamteten Arztes“, so empfiehlt es sich, diese Bestimmung so zu interpretieren, daß bei ansteckungsverdächtigen Personen in jedem Fall die bakteriologische Untersuchung veranlaßt wird. Dazu ist notwendig, daß den Kreisärzten bei gehäuften Auftreten der Fälle oder falls sehr große Personenkreise in Frage kommen, die erforderlichen Hilfskräfte (Aerzte, Desinfektoren) zur Entnahme verdächtigen Materials zur Verfügung gestellt werden. In Spandau, wo mit Einschluß der Arbeiter in der Munitionsfabrik 180 Personen vielfach einer zwei- und mehrmaligen Untersuchung unterzogen wurden, hatte ein Arzt in dankenswerter Weise sich hierzu bereit erklärt. Die hierdurch entstehenden Kosten werden als Kosten der ärztlichen Feststellung zu erachten sein, vorausgesetzt, daß ein entsprechender Auftrag gemäß § 39 des Reichsgesetzes vom 20. Juni 1900 erteilt ist, daß demnach die beteiligten Aerzte in diesem Sinne als Beamte zu gelten haben.

In abgelaufenen Fällen, in denen der Choleraverdacht erst später er-

hoben wird, ist auf die Ausführung der Blutuntersuchung behufs Nachweis von Choleraagglutininen oder des Pfeifferschen Versuchs auf Bakteriolysine Bedacht zu nehmen, mit der Einschränkung, daß die Blutuntersuchung nur dann beweisend ist, wenn sie positiv ausfällt, während ein negativer Befund nicht beweist, daß keine Cholera vorangegangen ist.

II. Darauf erstattete Kreisarzt Med.-Rat Dr. Schröder das von ihm überommene Referat: **Die im Teltower Kreise in letzter Zeit festgestellten Fälle von spinaler Kinderlähmung.**

Im Sommer und Herbst d. J. kamen 12 Fälle von spinaler Kinderlähmung zur Kenntnis. Es handelte sich dabei um 2 Gruppen zu je 6 Erkrankungen. Die eine Gruppe umfaßte Fälle in Berlin, Wannsee und Schwanenwerder bei Wannsee, die andere Gruppe solche in Steglitz bei Berlin. Bei den Feststellungen konnten die Ergebnisse der früheren Forscher bestätigt werden, namentlich mit Bezug auf die Uebertragbarkeit der Krankheit, wobei gesunde Träger des Ansteckungsstoffes eine besondere Rolle zu spielen scheinen.

Referent kam zu folgenden Schlußfolgerungen: Die Poliomyelitis acuta infantum oder auch zweckmäßig als Heine-Medinsche benannte Krankheit [1]) tritt in 8 verschienenen Arten auf:

I. spinale, poliomyelitische Form,
II. als auf- und absteigende Lähmungen (Landrysche Paralyse),
III. Bulbäre (Medin) oder pontine Form (Oppenheim),
IV. zerebrale, enzephalitische Form,
V. ataktische Form,
VI. polyneuritische Form,
VII. meningitische Form,
VIII. abortive Form.

Die Krankheit setzt entweder in ganz akuten Formen ein oder es gehen Prodromalerscheinungen, die mehrere Tage bis zu einer Woche dauern, vorauf. Bisweilen entwickelt sich die Krankheit in zwei Absätzen, so daß nach der ersten Attacke, die einige Tage dauert, neue Erscheinungen auftreten. Rezidive sind nicht selten.

Die gruppenweise und in einander naheliegenden Wohnungen, Häusern und Ortsteilen auftretende Krankheit berechtigt wohl zu der Annahme einer Kontaktinfektion, obwohl auch die Annahme nicht von der Hand zu weisen sein dürfte, daß ein außerhalb der Kranken befindlicher Ansteckungstoff, dem die Kranken in gleicher Weise ausgesetzt waren, die Ansteckungsgelegenheit gegeben hat. Immerhin scheinen die hier beobachteten Fälle für die vielfach noch angezweifelte Ansteckungsfähigkeit zu sprechen und Schlüsse auf die Verbreitungsweise der Krankheit ziehen zu lassen. Ob die Hühner als Zwischenträger der Krankheit eine Rolle spielen, wie Wickmann andeutet, läßt sich aus unseren Fällen wohl kaum annehmen. Daß gegebenenfalls gesunde Bazillenträger eine Rolle bei der Infektion spielen können, scheinen verschiedene Fälle anzudeuten. Direkter Kontakt ist wohl nur in zwei Fällen anzunehmen. Auffallend ist auch das gruppenweise Auftreten der Kranken in einzelnen Familien oder in demselben Hause oder in einander naheliegenden Häusern. Als Eingangspforte für die bisher unbekannten Krankheitserreger dürften auch wohl die oberen Luftwege (Nasenrachenraum) anzusehen sein (Angina, Rachenerythem, Pharyngitis). Die Inkubationszeit dürfte auf 3—12 Tage zu bemessen sein. Ueber die Aetiologie der Krankheit haben unsere Fälle kaum weitere Klarheit geschaffen, da meines Wissens in keinem Falle eine bakteriologische Untersuchung von Lumbalflüssigkeit stattgefunden hat. Wie oben schon erwähnt, hat die Möglichkeit der Uebertragung der Krankheit von Hühnern auf Menschen auch keine weitere Bestätigung durch unsere Fälle erfahren.

Zu bedauern ist, daß bisher keine gesetzliche Meldepflicht besteht[2]) und daß die Aerzte spontan die Meldung und besonders die rechtzeitige nur selten erstatten. Ich habe mich bemüht, collegialiter auf die Aerzte in dieser Beziehung einzuwirken und werde auch dem Herrn Landrat anheimstellen, durch öffentliche Aufforderung dazu auf Aerzte und Publikum einzuwirken. Ich halte nach dem bisherigen Auftreten der Krankheit die Möglichkeit für vor-

[1]) Beiträge zur Kenntnis der Heine-Medinschen Krankheit von Dr. Ivar Wickmann. Verlag von S. Karger. Berlin, Karlstr. 15.

[2]) Ist inzwischen angeordnet.

liegend, daß es auch hier in Berlin wie in Schweden zu einem epidemieartigen Auftreten kommen könnte. Als Schutzmaßregeln sind vorzuschlagen: Einführung der Anzeigepflicht, Absonderung der Erkrankten, am besten Ueberführung in ein Krankenhaus, fortlaufende Desinfektion am Krankenbett, der Ausscheidungen aus den oberen Luftwegen (namentlich Taschentücher, ferner Wäsche, Eßgeschirr usw.), Schlußdesinfektion, Ausschließung gesunder Schulkinder aus den Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, vom Schulbesuch bis 14 Tage nach erfolgter Schlußdesinfektion.

In der sich anschließenden Diskussion führte Dr S. Kalischer folgendes aus: Man kann dem Herrn Vorredner nur beistimmen, wenn er strenge Maßregeln für die Prophylaxe der epidemisch auftretenden spinalen Kinderlähmung verlangt; namentlich sind die Geschwister der erkrankten Kinder vom Schulbesuch fernzuhalten. Bei einer Epidemie im Jahre 1908 in Oberösterreich, die 98 Fälle umfaßte, hat sich nämlich herausgestellt, daß ganz zerstreut wohnende Kinder erkrankten, die weder Trinkwasser noch andere Nahrungsmittel aus der gleichen Quelle bezogen, wohl aber in den Schulklassen mit Geschwistern an Poliomyelitis erkrankter Kinder in Berührung kamen. — Durch eine allwöchentliche Untersuchung des Nerven-Materials einer großen Berliner Kinderpoliklinik konnte ich fast alljährlich ein epidemisches Auftreten der spinalen Kinderlähmung beobachten. In diesem Jahre sahen wir 9 Fälle in den Monaten Juni bis September; dieselben stammten aus Berlin S. und O. — Für eine gute Statistik ist es von großer Wichtigkeit, eine frühzeitige Diagnose der ersten Krankheitsfälle einer Epidemie herbeizuführen. Die Fälle, die der Poliklinik zugeführt wurden, sind meist von den Kollegen nicht erkannt worden. Wegen der initialen und prodromalen Erscheinungen, die bald im Halse auftreten, bald von seiten des Magendarmtraktus (Erbrechen, Durchfall), bald von seiten des Gehirns (Kopfschmerz, Krämpfe, Erbrechen, Benommenheit) wurde bald gastrisches Fieber, bald Halsentzündung, bald Meningitis diagnostiziert. Charakteristisch sind oft im Beginn profuse Schweißausbrüche und Muskelschmerzen, auch Schmerzen am Rücken usw. Oft tritt die Lähmung erst sehr spät hervor, wenn die Kinder schon das Bett verlassen haben, und noch später in 2—3 Wochen macht sich erst die Atrophie geltend. Dann sind die Kinder längst aus der Beobachtung des Arztes entfernt, der die Prodromalerscheinungen sah. Andere Fälle zeigen wiederum einen ganz schleichenden Verlauf. Die Prodromalerscheinungen (Fieber etc.) treten gar nicht hervor oder werden übersehen, und plötzlich fangen die Kinder an zu hinken, nehmen einen eigentümlichen Gang oder Fußstellung an und es stellt sich eine isolierte Atrophie einzelner Muskeln heraus, die nur dadurch auf die Entstehung durch eine Poliomyelitis zurückgeführt werden kann, weil sie zeitlich in die Periode einer Epidemie derselben Gegend fällt. Ebenso schwer sind die abortiven Fälle zu beurteilen, in denen die Prodromalerscheinungen (Fieber, Krämpfe, Erbrechen) sehr ausgeprägt sind, während die Lähmungen ausbleiben oder so gering sind, schnell vergehen, daß sie der Beobachtung und Feststellung sich entziehen. — Was die Prophylaxe anbetrifft, so ist noch hervorzuheben, daß die Ausscheidungen des Giftes in Stuhlgang oder Urin nicht erwiesen sind; wohl aber tritt nach jeder künstlichen Infektion mit dem Gifte, sei es vom Magendarmtraktus oder sonst irgendwo, eine Ausscheidung des Giftes von der Rückenmarkshöhle durch die Lymphbahnen nach dem Nasenrachenraum ein; Taschentücher, Wäsche, Eßgeschirre usw. werden daher hauptsächlich zu desinfizieren sein.

III. Zum dritten Punkt der Tagesordnung berichtete Kreisarzt Med.-Rat Dr. Hoche-Potsdam über **Erfahrungen bei der Ausübung der Besichtigung von Drogenhandlungen.**

Allgemeines Aufsehen in allen beteiligten Kreisen hat die Entscheidung des Kammergerichts vom 6. Oktober 1910 erregt, daß die Bekanntmachungen des Reichskanzlers, durch welche die Kaiserl. Verordnung vom 22. Okt. 1901 ergänzt und eine Reihe von Arzneimitteln dem freien Verkehr entzogen wurden, rechtsungültig seien. Das heißt, daß z. B. Veronal, welches in den Apotheken nur auf ärztliches Attest abgegeben werden darf, in den Drogenhandlungen frei verkäuflich ist, weil das Mittel erst nach 1901 unserem Arzneischatze einverleibt ist. Es ist wohl mit Sicherheit zu erwarten, daß die einzige aus diesem Urteil zu ziehende Folgerung, der Erlaß einer neuen Kaiserlichen Verordnung, sehr bald erfolgen wird. Da ist es für die Medizinalbeamten gewiß an der Zeit, ihre Erfahrungen bei der Revision des Drogenhandels als Material

beizubringen zu der Frage, ob und worin Aenderungen aller hierhergehörigen gesetzlichen und gesetzkräftigen Bestimmungen geboten sind, Aenderungen, die gerade jetzt grundlegend werden können, weil das Reichsstrafgesetzbuch zurzeit einer Durchsicht unterzogen wird.

Die Regelung des Drogenhandels außerhalb der Apotheken beruht auf folgenden Bestimmungen:

I. Die Reichsgewerbeordnung schreibt vor im § 6:

Durch Kaiserliche Verordnung wird bestimmt, welche Apothekerwaren dem freien Verkehr zu überlassen sind.

§ 34. „Die Landesgesetze können vorschreiben, daß zum Handel mit Giften . . . besondere Genehmigung erforderlich ist." Danach ist § 49 des Gesetzes, betr. Abänderung einiger Bestimmungen der G. O. vom 22. Juni 1861 noch in Kraft: „Denjenigen, welche Gifte . . . feilhalten wollen, ist der Beginn des Gewerbebetriebes erst dann zu gestatten, wenn sich die Behörden von ihrer Zuverlässigkeit in Beziehung auf den beabsichtigten Gewerbebetrieb überzeugt haben."

Weitere Vorschriften finden wir im § 35 und § 56,9 G. O.

II. Das Strafgesetzbuch enthält hierhergehörige Bestimmungen im § 367,3 und 5.

III. Auf Grund des § 6 der Gew.-Ordn. ist erlassen die Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901.

IV. Als Ausführungsanweisungen zur Kaiserl. Verordnung sind zu betrachten, die auf Grund des Min.-Erl. vom 13. Januar 1910 in Preußen erlassenen Polizeiverordnungen über den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken und die Besichtigung der Drogenhandlungen und die auf Grund der dem Ministerialerlasse beigefügten Grundzüge erlassenen Polizeiverordnungen betr. die Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken.

V. Der Gifthandel ist geregelt durch die Polizeiverordnung über den Handel mit Giften vom 22. Februar 1906.

VI. Herstellung und Vertrieb giftiger Kosmetica ist untersagt durch § 1, § 3, 12 und 13 des Gesetzes betr. die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben bei der Herstellung von Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen vom 5. Juli 1887.

Wichtig für die Anwendung dieses Gesetzes ist aber, daß mehrfache Beanstandung des ölsaures Blei enthaltenden Diachylon-Wundpulvers, welches als Kinderstreupulver dient, zu einer definitiven Verurteilung nicht geführt hat, indem das Landgericht Potsdam zu dem Schlusse kam, eine Zubereitung, die eine Bleiverbindung enthalte, enthalte kein Blei, obwohl das Gesetz im § 7 von arsenhaltigen Beizen, das Landgericht von Arsenverbindungen enthaltenden Beizen spricht. Die Entscheidung wurde von dem Kammergericht bestätigt, da es eine tatsächliche Feststellung sei, daß Bleiverbindungen kein Blei „enthalten". Wichtig ist die Entscheidung deshalb, weil sie die Notwendigkeit einer unzweideutigen Fassung beweist, wenn auch in die Kaiserliche Verordnung Bestimmungen über giftige Kosmetica kommen sollen.

Alle diese Bestimmungen und außerdem die zahllosen über dieselben ergangenen gerichtlichen Urteile müssen wir uns bei der Revision von Drogenhandlungen immer gegenwärtig halten, um nicht durch ungerechtfertigte Beanstandungen oder auch Unterlassung von Beanstandungen den Anlaß zu zwecklosen Gerichtsverhandlungen einerseits, zu zuweit gehender Freigabe von Arzneiwaren anderseits zu geben.

Ehe ich nun auf die Einzelheiten jeder der Vorschriften eingehe, ist es nötig, zwei Begriffe zu besprechen, deren gerichtsseitige Erklärung meines Erachtens den Inhalt sowohl der angeführten Gesetze, als auch der Kaiserlichen Verordnung und der Giftpolizeiverordnung völlig verändert hat.

Es ist zunächst das Wort „Feilhalten". Was ist feilhalten? Bis vor wenigen Jahren galten als feilgehalten alle Waren, die sich in den Geschäftsräumen und auch eventuell in sonstigen Räumen des Drogisten vorfanden und die zweifellos zum Verkauf bestimmt waren. Da kam die richterliche Auslegung, daß feilgehalten nur Waren würden, die dem Publikum, sei es durch Offendaliegen oder durch Plakate, durch Worte oder Gebärden des Verkäufers angeboten würden. Mindestens müßten die Waren im Verkaufsraum aufbewahrt werden. Wie wenig diese richterliche Auffassung dem allgemeinen Sprachgebrauche entspricht, möge das Beispiel eines Kohlenhändlers beweisen.

Hält er seine Kohlen, die er doch im Verkaufsraum nicht gut aufbewahren kann, nicht feil dadurch, daß er sein Geschäft durch Aufschrift am Hause als „Kohlenhandlueg“ bezeichnet? Ist es nicht ebenso mit dem Weinhändler, dessen Vorräte im kühlen Keller ruhen? Aber der Drogenhändler soll durch die Bezeichnung seines Geschäftes als „Drogenhandlung“ seine Waren nur zum geringsten Teile seinen Kunden anbieten, soll den größten Teil aber zu stiller Betrachtung in seinen Mußestunden ruhig liegen lassen wollen. Die Folge dieser Auslegung ist, daß eine im Verkaufsraum in einem ganz geheimen Verstecke aufbewahrte, also gewiß für das Publikum nicht sichtbare Arznei „feilgehalten wird, eine andere, die in einem Nebenraum offen auf einer Borte steht, so daß sie sogar vom Verkaufsraum aus gesehen werden kann oder mit einem Griffe bequem zu erreichen ist, aber nicht. Für die Drogenhändler ist das sehr bequem. Waren sie früher genötigt, die bei der Revision lieber nicht gezeigten Drogen in geheimen Räumen, Klosetts usw. aufzubewahren, so konnten sie jetzt ruhig alles offen stehen lassen. Die Revisoren revidierten die Sachen, die überhaupt nicht „feilgeboten“ wurden, und bekamen, wenn sie nach dem Zwecke des Vorrätighaltens der verbotenen Mittel fragten, entweder die Antwort, dieselben würden nicht feilgehalten, oder, die Mittel seien nur für den Großhandel bestimmt. Wenn alle die angeblich für den Großhandel bestimmten Mittel nur an andere Geschäfte verkauft würden, dann müßte sich fast die ganze Flut der Geheimmittel in ewigem Kreislauf von Geschäft zu Geschäft bewegen, nie abnehmend und nur durch neue Zugänge wachsend, anstatt fortwährend durch Abfluß in die Bevölkerung des Zuflusses aus ihren Herstellungsstätten zu bedürfen.

Diesem Mißstand sucht nun § 1 des Ministerialerlasses vom 13. Januar 1910 entgegenzutreten, indem er bestimmt, daß in den Geschäftsräumen nur Waren vorhanden sein dürfen, die feilgehalten werden. So freudig es zu begrüßen wäre, wenn es gelingen sollte, auf diese Weise den ursprünglichen Sinn der betreffenden Gesetze und Verordnungen wieder herzustellen, so hege ich doch große Bedenken, ob nicht bald genug die Drogisten eine gerichtsseitig nicht zu beanstandende Art der Umgehung der Vorschrift finden werden, und halte die Ausmerzung des Wortes „feilhalten“ in allen Gesetzen usw. für nötig.

Selbst aber, wenn der § 1 inhaltlich aufrecht erhalten bleibt, was wird erreicht werden? Früher hatte, wie ein offenherziger Drogist, bei dem bei der Revision ein Geheimlager gefunden wurde, einmal aussprach, jeder Drogenhändler ein solches Lager, ohne das er überhaupt nicht existieren könnte. In der zweiten Periode wurde dieses frühere Geheimlager ruhig gezeigt, da die Waren ja nicht „feilgehalten“ wurden; jetzt wird der Drogist ein neues Geheimlager einrichten, es tritt also wieder der Zustand wie vor 3—4 Jahren ein. Dazu kommt noch, daß nach mehrfachen gerichtlichen Entscheidungen die vor Erlaß der auf den Min.-Erlaß vom 22. Dezember 1902 sich stützenden Polizeiverordnungen eröffneten Geschäfte, sofern sie nicht inzwischen den Besitzer gewechselt haben, zur Einreichung eines Lageplans nicht verpflichtet sind, also auch keine Strafe zu gewärtigen haben, falls von der Polizeibehörde nicht angemeldete Lagerräume gefunden werden.

Der zweite ungünstig wirkende Begriff ist der des „Großhandels“. Werden bei einem Drogenhändler dem freien Verkehr entzogene Waren gefunden, so ist immer die erste Ausrede die, daß die Waren nur für den Großhandel bestimmt seien. So fand ich, als die regelmäßigen Revisionen der Drogerien durch die damaligen Kreisphysiker anfingen, in meinem früheren Kreise A., in dem es drei Apotheken gibt, 9 Geschäfte, die durch große Plakate den alleinigen „Engrosverkauf“ der dem freien Verkehr entzogenen, also nur an Apotheken verkäuflichen von Kobbeschen Tierheilmittel anzeigten. So unsinnig dieses Verhältnis erscheint, so bin ich doch überzeugt, daß nach der jetzt üblichen Rechtsprechung sämtliche 9 Krämer freigesprochen wären, sofern sie nur erklärt hätten, sie gäben die Mittel etwa unter 6 Paketen nicht ab. Was ist Großhandel? Während ein Teil der zahlreichen darüber ergangenen Gerichtsurteile das wesentliche in der Quantität der abgegebenen Mittel sieht, sehen andere das wesentliche in der Abgabe an Wiederverkäufer. Dazu kommt noch, daß ein Großhändler sich nicht strafbar macht, wenn er vereinzelt dem freien Verkehr entzogene Waren im Kleinhandel abgibt, weil sein Geschäft nach gerichtlicher Auffassung trotzdem eine Großhandlung bleibt. Wichtig ist ferner, daß die Abgabe von Arzneimitteln an Tierärzte

als Großhandel angesehen wird, so daß für einen großen Teil der dem freier Verkehr entzogenen Mittel die Ausrede immer bleibt, dieselben seien zur Lieferung an Tierärzte bestimmt. Es erscheint zur Beseitigung solcher Ausreden dringend geboten, daß das Wort Großhandel aus der Kaiserlichen Verordnung völlig verschwindet. Ich möchte für § 3 folgende Fassung vorschlagen:

„Der Verkehr mit Arzneimitteln zwischen Fabriken, ausschließlich mit größeren Mengen handelnden Geschäften, Apotheken und solchen öffentlichen Anstalten, welche Untersuchungs- oder Lehrzwecken dienen und nicht gleichzeitig Heilanstalten sind, unterliegt den vorstehenden Bestimmungen nicht." Bei solcher Fassung wäre es auch möglich, die Großhandlungen, die jetzt fast ausschließlich durch Vermittelung der Drogenhandlungen ihre nicht freiverkäuflichen Produkte, besonders auch die Geheimmittel in Verkehr bringen, hierfür zur Verantwortung zu ziehen.

Wenn ich nun auf die Erfahrungen eingehe, die wir bezüglich den übrigen gesetzlichen und sonstigen Bestimmungen über den Drogenhandel bei den Revisionen machen, so muß ich natürlich davon absehen, Einzelheiten zu erörtern, und kann nur auf die grundsätzlich wichtigen Punkte eingehen.

Kaiserliche Verordnung § 1. „Die in dem angeschlossenen Verzeichnis A aufgeführten Zubereitungen dürfen als Heilmittel (Mittel zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten bei Menschen oder Tieren) außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden."

Diese negative Fassung entspricht nicht ganz dem grundlegenden § 6 der Gewerbeordnung, indem dort die positive Bestimmung vorgesehen ist, „durch Kaiserliche Verordnung wird bestimmt, welche Apothekenwaren dem freien Verkehr zu überlassen sind." Es läßt also die Gewerbeordnung Bestimmungen zu, über den Handel mit allen Arten von Apothekerwaren, während die Kaiserliche Verordnung die im Verzeichnis A aufgeführten Zubereitungen nur als Heilmittel dem freien Verkehr entzieht. Um letztere Bestimmung zu umgehen, werden nun zahlreiche Mittel, die jeder Arzt nur als Heilmittel ansieht, als sogenannte Vorbeugungsmittel in den Handel gebracht, so fast alle Abführmittel und zahlreiche Hustenmittel, und, man kann fast sagen, je nach der Körperbeschaffenheit der Richter kommen die Gerichte zur Anerkennung oder Ablehnung des Begriffes „Vorbeugung". Bald gibt es einen Bärentraubenblättersyrup als Vorbeugungsmittel gegen Blasenkatarrh oder eine wohlschmeckende Kopaivabalsamlatwerge als Vorbeugungsmittel gegen Gonorrhoe, und ich glaube bestimmt, daß auch diese Vorbeugungsmittel von manchen Gerichten als solche werden anerkannt werden.

Die negative Fassung der Kaiserlichen Verordnung hat ferner dazu geführt, daß der Großdrogenhandel Arzneiformen gefunden hat, die in dem Verzeichnis A nicht aufgeführt sind, um so den Zweck der Verordnung zu umgehen. Ich nenne nur drei, die Bonbons und Dragées, die Cakes und die Destillate. Was wir unter diesen Arzneizubereitungen alles im Handel finden, spottet jeder Beschreibung. Daß sogar Kochsalz überdestilliert werden kann, beweist die Aufschrift der vielvertriebenen Omega-Burgundertropfen. Bonbons finden wir sogar als Mittel gegen Hautkrankheiten empfohlen. Wenn nun bezüglich der Bonbons und Cakes gerichtsseitig der Standpunkt vertreten wird, es seien Kuchenbäckerwaren, so braucht man wirklich nur einmal die jetzt so viel verkauften Eukalyptus-Menthol-Bonbons zu probieren, um zu wissen, daß jeder Zuckerbäcker, der so widerlich schmeckende Waren seiner Kundschaft anböte, in sehr kurzer Zeit seinen Laden zumachen könnte. Vermieden wäre dieses Erfinden neuer Arzneiformen, wenn die Kaiserliche Verordnung 3 Verzeichnisse brächte:

Arzneidrogen;
Arzneiformen;
zusammengesetzte Arzneimittel.

Der erste Satz müßte dann lauten:

„§ 1. Als Heilmittel und Vorbeugungsmittel dürfen außerhalb der Apotheken außer den im Verzeichnis C angegebenen Ausnahmen nicht verkauft werden:

1. Alle zusammengesetzten, das heißt aus mehr als einer Droge hergestellten Mittel, sofern nicht nur eine neue chemische Verbindung als Resultat der Mischung mehrerer Drogen sich ergibt.
2. Die im Verzeichnis A angegebenen Arzneiformen.
3. „ „ „ B „ Arzneidrogen.

Arzneimittel, welche nach Erlaß dieser Verordnung erfunden oder sonst dem Arzneischatze neu einverleibt werden, fallen bis zum Erlaß einer neuen Kaiserlichen Verordnung unter Nr. 3."

Letzterer Zusatz erscheint mir mit Rücksicht auf die enormen Fortschritte auf dem Gebiete der Arzneimittelherstellung in den letzten Jahren dringend geboten, falls nicht überhaupt statt der verbotenen die freiverkäuflichen Mittel einzeln aufgeführt werden sollen.

Es heißt weiter: „Dieser Bestimmung unterliegen soweit sie als Heilmittel feilgehalten oder verkauft werden,

a. kosmetische Mittel (Mittel zur Reinigung, Pflege oder Färbung der Haut, des Haares oder der Mundhöhle) Desinfektionsmittel und Hühneraugenmittel nur dann, wenn sie Stoffe enthalten, welche in den Apotheken ohne Anweisung eines Arztes . . . . nicht abgegeben werden dürfen, kosmetische Mittel außerdem dann, wenn sie Kreosot u. a. enthalten.

Wenn man die als kosmetische Mittel bezeichneten Verkaufsartikel einer Drogenhandlung durchmustert, so findet man auch, abgesehen von offenbaren Heilmitteln, wie Salizylsalbe, Bleisalbe, Borsalbe u. a. eine ganze Reihe, bei denen die Heilwirkung durchaus im Vordergrund steht und die kosmetische Wirkung nur den Deckmantel für die Freiverkäuflichkeit abgeben muß. Das Gleiche gilt von den Desinfektionsmitteln, wie das einzige Beispiel der als Desinfektionsmittel bezeichneten Borsalbe beweist. Es müßte heißen: „Dieser Bestimmung unterliegen auch die kosmetischen Mittel und Desinfektionsmittel, sofern denselben eine Heilwirkung zugesprochen wird." Außerdem müßte die Definition der kosmetischen Mittel lauten: „Mittel zur Reinigung, Pflege oder Färbung der Haut, des Haares oder der Mundhöhle in gesundem Zustande."

Sehr zu empfehlen wäre außerdem, wie ich vorhin bereits erwähnt habe, die Einfügung einer dem sogenannten Giftfarbengesetz entnommenen Bestimmung über den Vertrieb gifthaltiger Kosmetica.

Weiter: „Auf Verbandstoffe . . . . sowie auf Seifen zum äußerlichen Gebrauch findet die Bestimmung im Absatz 1 nicht Anwendung." Diese Vorschrift hat zur Herstellung von Salben und Seifengrundlage geführt, die überhaupt nicht als Seife, d. h. unter Mitverwendung von Wasser benutzt werden. Ein Grund zur prinzipiellen Freiverkäuflichkeit auch fester medizinischer Seifen liegt meines Erachtens überhaupt nicht vor. Eventuell können ja einzelne, z. B. Teerschwefelseife in den Ausnahmen zu Verzeichnis A erwähnt werden. § 2 erledigt sich durch meine Vorschläge zu § 1.

§ 4 ist, wie bereits erwähnt, nach Entscheidung des Kammergerichts rechtsungültig. Durch die von mir vorgeschlagene Fassung des § 1 wäre er ersetzt.

Verzeichnis A. Zu 1 und 2 ist nichts zu bemerken.

Unter 3 fehlen die Destillate, die hier gewiß mit dem gleichen Rechte aufgeführt sein mußten, wie die Extrakte.

Zu 4. Gemenge, trockenes, von Salzen und zerkleinerten Substanzen. Diese Bestimmung hat dazu geführt, daß gemischte Tees nur unzerkleinerte Blüten, Blätter und anderes enthalten. Solche Gemische sind nach vielfachen Gerichtsentscheidungen nicht zu beanstanden. Es müßte heißen: „Gemenge von trockenen Substanzen."

Zu 5. Hier wie unter Nr. 10 finden wir eine Unterscheidung zwischen Arzneimitteln für Menschen und für Tiere. Meines Erachtens ist dieselbe, wie jeder Revisor von Drogenhandlungen bezeugen wird, völlig zwecklos. Die Standgefäße wurden von Drogisten vielfach lateinisch signiert, bis sie durch gerichtliche Urteile überzeugt wurden, daß das kaufende Publikum diese Bezeichnungen verstehen soll. Seither werden die deutsch bezeichneten Standgefäße so gestellt, daß die Käufer die Bezeichnung „für Tiere" nicht sehen können. Ob die Abgabegefäße dann die Bezeichnung „Zum Gebrauch für Tiere" tragen, entzieht sich natürlich jeder Kontrolle. Werden die Mittel abgefaßt aufbewahrt, so findet man oft diese Zweckangabe so undeutlich, daß sie nur bei genauestem Zusehen bemerkbar ist, oder ein mit einem Griffe zu beseitigendes Papierfähnchen ist z. B. ...chen Schachtel und Deckel eingeklemmt und kommt natürlich niemals in ...and des Käufers.

Zu 6. Das Material der Kapseln dürfte nicht erwähnt sein. Kapseln ...okolade unter dem Namen Pralin...es kommen immer mehr auf.

Zu 7 und 8 ist nichts zu bemerken.

Zu 9. Ich sprach schon vorher davon, daß bald der ganze Arzneimittelschatz in Form von Bonbons, Dragées, Karamellen, Cakes u. a. verabfolgt wird, weil diese Formen in Nr. 9 nicht aufgeführt sind. Es hat sich hier als die Rechtssicherheit beeinträchtigend erwiesen, nicht in ganz Deutschland übliche Worte in einer solchen Verordnung zu verwenden. So kommt es, daß in Gegenden, in denen man das Wort „Plätzchen" für „kleine Kuchen", „Zuckerplätzchen" für „Bonbons" kennt, eine Verurteilung wegen der vielen Wurmbisquits, Abführkakes, Abführ- und Hustenbonbons möglich, in anderen Gegenden, besonders im Kammergerichtsbezirk nicht.

Zu Nr. 10 hat sich der Drogenhandel zu Nutze gemacht, daß künstliches Kataplasma und ähnliche Zubereitungen von den Richtern nicht als Pflaster angesehen werden. Salben, die anstatt mit Fett oder Glyzerin mit einem Mehlbrei hergestellt werden, würden wohl gerichtsseitig auch nicht als Salbe angesehen werden, wären also freiverkäuflich, weil das Arzneibuch für das deutsche Reich solche Salbengrundlagen nicht erwähnt.

Zu Nr. 11 ist nichts zu bemerken.

Wir kommen nun zu den auf Grund des Ministerialerlasses vom 13. Januar 1910 erlassenen Polizeiverordnungen über die Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken.

Besonderen Widerspruch hat in den Kreisen der Drogenhändler der letzte Absatz des § 1 gefunden, daß in den Geschäftsräumen, abgesehen von Warenproben nur Waren vorhanden sein dürfen, die feilgehalten werden. Es wird behauptet, daß durch diese Bestimmung die Herstellung kosmetischer Mittel unmöglich gemacht würde, und daß dadurch die Drogenhändler in ihrem Erwerbe schwer geschädigt würden. Es wird sogar behauptet, die Fabrikation von kosmetischen Mitteln bilde die Haupteinnahme der Drogisten. Ich habe nun bei den diesjährigen Revisionen in Potsdam versucht, einen Einblick in die Ausdehnung dieser Fabrikation zu bekommen, und komme dabei zu wesentlich anderen Ergebnissen. Es existieren 17 größere Drogenhandlungen. Von denselben stellt eine einzige tatsächlich in erheblichem Maße kosmetische Mittel selbst her, so daß eine wirkliche Verhinderung der Fabrikation eine beträchtliche Schädigung des Geschäfts bedeuten würde. In einem anderen Geschäfte wurde der Umsatz an vom Inhaber hergestellten Haarwasser auf etwa 200 Mark bewertet, was — sicher hoch gerechnet — einen Mehrverdienst von 100 Mark gegenüber fertig bezogenen Haarwässern bedeuten würde. In den übrigen Geschäften wurde entweder zugegeben, daß überhaupt keine Herstellung kosmetischer Mittel in Frage komme, oder es konnten mir weder Proben der selbstverfertigten Mittel vorgezeigt werden, noch waren Angaben über den Umsatz in demselben zu erhalten. Was nun Geschäfte betrifft, in welchen wirklich nennenswerte Fabrikation stattfindet, so unterliegt es doch gar keinem Bedenken, dieselbe in besondere von der Drogenhandlung völlig getrennte Räume zu verlegen, so daß nicht eine Person gleichzeitig beim Verkaufe und bei der Herstellung kosmetischer Mittel tätig ist. Eine solche erzwungene wirkliche Trennung wollen die Drogisten aber nicht, weil dadurch auch die Herstellung der allerdings sehr seltenen sogenannten kosmetischen Rezepte sehr erschwert würde, die vielfach wohl nur die Begründung für das Vorhandensein von Salbentiegeln und anderen hergeben muß.

Zu § 2 ist nichts zu bemerken.

Zu § 3. Die Vorschrift, daß die Behälter mit lateinischen und deutschen Bezeichnungen versehen sein müssen, erweist sich als nicht ganz ausreichend, wie das ebenerwähnte Beispiel der „Burgundertropfen" beweist. Es muß auch die deutsche Bezeichnung die Möglichkeit geben, die Zusammenstellung des Mittels zu erkennen. Ferner dürfen nur in der Wissenschaft gebrauchte Bezeichnungen verwandt werden. Wir finden jetzt überall unter dem Namen „Ammonium spiricum", als Kopfschmerzpulver „Ammonium salicylicum." Daß ein Großhändler eine unter ihrem wissenschaftlichen Namen allbekannte Droge einfach umtauft, oder auch unter einem seit Jahrzehnten völlig obsoleten Namen in den Handel bringt, soll nicht der Sinn des § 3 sein.

Das Gleiche gilt natürlich erst recht für die Abgabegefäße und Umhüllungen, besonders derjenigen Arzneimittel, die abgefaßt aufbewahrt werden (§ 7).

Ueber die Bezeichnung als „Tierheilmittel“ habe ich vorhin bereits gesprochen.

Zu § 4 ist nichts zu bemerken.

Zu § 5. Als Beispiel der angeblich nur zu technischen Zwecken feilgehaltenen Mittel diene die Aloëtinktur, die sich regelmäßig nur deutsch signiert findet. Ein solches Mittel müßte, wenn es zu technischen Zwecken verkauft werden soll, meines Erachtens in geeigneter Weise zu Arzneizwecken unbrauchbar gemacht werden. Arzneimittel, die gleichzeitig als Nahrungs- und Genußmittel dienen, wären den Arzneimitteln zuzugesellen.

Zu § 6 ist nichts zu bemerken.

Zu § 8. Die Forderung, daß die Arzneimittel „echt“ sein müssen, schließt das Verbot der Benutzung irgend eines Phantasienamens, wie Hustentropfen, Burgundertropfen u. a. ohne gleichzeitige Angabe der Zusammensetzung natürlich in sich.

Zu § 9. Es empfiehlt sich, zu sagen: der „unentgeltlichen Probeentnahme,“ da ich noch kürzlich den Fall hatte, daß ein Drogist Zahlung der entnommenen Proben verlangte.

Zu § 10. Wie in der Kaiserlichen Verordnung wäre auch hier das Wort „Großhandel“ durch ein ungleichartige Auslegung ausschließendes anderes Wort zu ersetzen. Sachlich muß die Bestimmung, gegen die von Seiten der Drogenhändler lebhaft Einspruch erhoben wird, durchaus bestehen bleiben, um ein Mittel zur Bestrafung des durch angeblichen oder wirklichen Großhandel maskierten Kleinhandels mit nicht frei verkäuflichen Waren zu haben.

Was nun die durch die Min.-Erl. vom 22. Dezember 1902 u. 13. Januar 1910 erlassenen Vorschriften über die Beaufsichtigung des Verkehrs mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken anlangt, so ist zu Nr. 1 und 2 nichts zu bemerken.

Zu Nr 3 wäre wohl eine Milderung der Bestimmung, daß der pharmazeutische Revisor nicht im Drogenhandel tätig oder tätig gewesen sein soll, zu empfehlen, damit diejenigen Apotheker, die neben der Apotheke eine Drogenhandlung betreiben oder betrieben haben, nicht ausgeschlossen zu werden brauchen, zumal dieselben gerade wegen ihrer genaueren Kenntnis des Betriebes einer Drogenhandlung zu der Revisionstätigkeit besonders geeignet erscheinen.

Zu Nr. 4 ist nichts zu bemerken.

Zu Nr. 5 ist zu fordern, daß die Polizeibehörde meines Erachtens unter allen Umständen durch einen Hilfsbeamten der Staatsanwaltschaft vertreten sein muß, damit gegebenenfalls sofort eine Durchsuchung möglich ist, da man nur durch eine solche mit gleichzeitiger Beschlagnahmung der Geschäftsbücher einen Einblick in die Ausdehnung des verbotswidrigen Arzneiverkehrs einer Drogenhandlung zu erhalten vermag.

Zu 6a verweise ich auf meine vorhin bereits gemachten Ausführungen über die Einreichung der Lagepläne.

Zu 7 ist nichts zu bemerken.

Nr. 8 gibt zu 2 Einwendungen der Drogisten leicht Anlaß. Zunächst, was sind „vorschriftswidrige Waren.“ Ich würde darunter verdorbene oder auch nur hochgradig minderwertige Waren verstehen. Da aber, was doch viel wichtiger ist, die vorschriftswidrig geführten Waren nicht besonders erwähnt sind, müssen auch diese wohl mit eingeschlossen sein. Klarheit hierüber wäre zu wünschen.

Die „vorschriftswidrigen“ Waren sind nötigenfalls „in geeigneter Weise, z. B. durch amtliche Versiegelung bis zur richterlichen Entscheidung aus dem Verkehr zu ziehen. In dem Strafverfahren ist für den Fall der Verurteilung die Einziehung der vorschriftswidrigen Ware nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zu beantragen.“

Wie ich vorhin bereits erwähnt habe, ist nach dem Giftfarbengesetze die Einziehung giftiger Kosmetica zulässig. Wie steht es aber mit den dem freien Verkehr entzogenen und auch mit verdorbenen Arzneimitteln? In Frage kommt zunächst aus dem Strafgesetzbuch § 40: „Gegenstände, welche . . . zur Begehung eines vorsätzlichen Verbrechens oder Vergehens gebraucht oder bestimmt sind, können, sofern sie dem Täter oder einem Teilnehmer gehören, eingezogen werden.“ Die im Drogenhandel in Frage kommenden, nach dem Strafgesetzbuch strafbaren Handlungen sind aber weder Verbrechen, noch Vergehen, noch auch gehören sie zu denjenigen Uebertretungen, für welche

die Einziehung im § 367, wie z. B. für verdorbene Nahrungsmittel, vorgesehen ist. Infolgedessen erweist sich der Antrag auf Einziehung von Giften und Arzneimitteln als wirkungslos.

Das nötigt aber auch zur Vorsicht beim „aus dem Verkehr ziehen" der Waren. Geschieht dasselbe durch Beschlagnahmung und Aufbewahrung in polizeilichem Gewahrsam, so ist, wenn das gerichtliche Verfahren vielleicht erst nach einem Jahre beendet ist und die Waren dem Händler dann zurückgegeben werden, der größte Teil derselben minderwertig geworden. Wer haftet dann für den Verlust des Drogisten? Werden aber die Waren in den Geschäftsräumen des Drogisten belassen, so verschwinden sie, und kein Mensch weiß später, wer die polizeilich vorgenommene Verschnürung einer Kiste u. a. gelöst hat. Aus diesen Gründen ist es zu empfehlen, in der nach Entscheidung des Reichgerichts vom 22. Febr. 1900 als Maßregel präventiver Natur zum Schutze für Leben und Gesundheit durchaus berechtigten Beschlagnahmung nicht weiter zu gehen, als zur Sicherung des Beweises nötig ist, d. h., wie dies ja auch in der Polizeiverordnung vom 21. Februar 1910 vorgesehen ist, sich auf die Probeentnahme zu beschränken, allerdings aber lieber 10 Proben zu viel, als eine Probe zu wenig zu entnehmen, da nur aus den entnommenen Proben sich das Gericht ein Urteil über Beschaffenheit, Bezeichnung und Zweckbestimmung der beanstandeten Waren bilden kann.

Zu Abs. 3 von Nr. 8: Die Fassung der Vorschrift „Gröbere Verstöße, erhebliche Unordnung und Unsauberkeit sind ernstlich zu rügen und im Wiederholungsfalle zur Bestrafung zu bringen" gibt zu Bedenken Anlaß. Ich habe den Fall bereits erlebt, daß ein Drogist seinen Einspruch gegen ein polizeiliches Strafmandat damit begründete, die Polizeibehörde habe mit der Bestrafung der erstmalig gefundenen Unordnung ihre Befugnis überschritten, ein Einwurf, der allerdings keinen Erfolg hatte. Meines Erachtens würde der Schlußsatz besser lauten: „Gröbere Verstöße, erhebliche Unordnung und Unsauberkeit sind ernstlich zu rügen oder zur Bestrafung zu bringen, letzteres jedenfalls in Wiederholungsfällen."

Wir kommen nunmehr zum Handel mit Giften, d. h. zu der hierfür gültigen Polizeiverordnung vom 22. Februar 1906. Dazu ist folgendes zu bemerken:

Zu § 1. Die, wie vorhin erwähnt, noch gültige Bestimmung der alten preußischen Gewerbeordnung hat nur die Konzessionspflicht des Feilhaltens der Gifte festgesetzt, während die Reichsgewerbeordnung den gesamten Gifthandel für konzessionspflichtig zu erklären gestattet. Nach der richterlichen Auslegung des Wortes „Feilhalten" ergeben sich daraus sehr sonderbare Konsequenzen.

Werden Gifte „feilgehalten", welche im Verkaufsraum aufbewahrt werden, so ist der Handel konzessionspflichtig. Werden andere Gifte in anderen Räumen aufbewahrt, wie es für die Gifte der Abteilung I überhaupt vorgeschrieben ist, so besteht keine Konzessionspflicht; d. h., wer Arsenik, Strychnin, Sublimat u. a. verkaufen will, muß sie erwerben, sofern seine Lokalitäten ihn zur Aufbewahrung im Verkaufsraum nötigen. Wird sie ihm dann entzogen wegen Unzuverlässigkeit, so verlegt er sein Giftlager aus dem Verkaufsraum in einen anderen Raum und erweitert dann seinen Gifthandel womöglich durch Aufnahme von Giften Verzeichnis 1 u. 2. Die ganzen Bestimmungen über die Konzession zum Gifthandel und über die Entziehungen derselben sind also durch die jetzige Rechtsprechung in Frage gestellt. Ob es möglich sein wird, sie durch den Schlußsatz des § 1, Min.-Erl. vom 13. Jan. 1910 zu stützen, müssen erst zukünftige Gerichtsverhandlungen lehren.

Natürlich ist dann auch der Großhandel mit Giften in Preußen nicht konzessionspflichtig, der sonst wie der Kleinhandel konzessionspflichtig wäre.

Selbst der hier nicht konzessionspflichtige Gifthandel unterliegt aber den Bestimmungen der Polizeiverordnung vom 22. Februar 1906, sofern der Handel „gewerbsmäßig" erfolgt. Zur Gewerbsmäßigkeit ist aber nach der Kammergerichtsentscheidung vom 5. April 1906 Vorsatz erforderlich. Ein Händler muß also bewußt konzessionspflichtigen Gifthandel ohne solche betrieben haben, um sich strafbar gemacht zu haben.

Die Großhandlungen unterliegen der Gift-Polizeiverordnung ebenso wie die Kleinhandlungen, soweit nicht besondere Maßnahmen vorgesehen sind. Dagegen unterliegen sie nicht den polizeilichen Revisionen, sofern nicht eine

„Verkaufsstelle, in welcher Arzneimittel, Drogen, Gifte oder giftige Farben feilgehalten werden,“ damit eng verbunden ist.

Als „Gifte“ gelten die in Anlage 2 angeführten Drogen, chemischen Präparate und Zubereitungen. Ich halte diese Fassung für nicht einwandsfrei. In allen drei Verzeichnissen finden sich z. B. wasserlösliche Gifte, deren Lösungen und sonstige Zubereitungen durch diese Bestimmung sozusagen für ungiftig erklärt werden. Ich nenne aus Verzeichnis I die Uransalze, aus Verzeichnis II Chloralhydrat und Santonin, aus Verzeichnis III die Goldsalze, Kupferverbindungen und sonstigen Zinnsalze. Meines Erachtens müßte es heißen: „Drogen, chemische Präparate und aus ihnen hergestellte Zubereitungen.“

Zu Bedenken Anlaß gibt auch, daß sich im Verzeichnis I und II zahlreiche Gifte finden, die dem freien Verkehr als Arzneimittel entzogen sind. Der Drogist erhält vielfach die Konzession zum Handel mit denselben als Giften, verwendet sie angeblich im Großhandel an Tierärzte, erliegt aber natürlich zu leicht der Versuchung, sie im Kleinhandel und auch durch Rezeptur zu verwerten.

Eine Aenderung ist dringend geboten.

Zu § 5. Es ergibt sich nicht, **welcher Art die Wand der Giftkammer sein muß.** Gilt eine **Holzwand als „feste“ Wand? Ich würde eine gut gefugte Holzwand, deren** Festigkeit einer **gut gearbeiteten** Zimmertür **als der schwächsten** Stelle einer Zimmerwand **entspricht, noch als fest ansehen, eine schwächere, leicht zu durchbrechende Holzwand aber nur als „hölzerner Verschlag“ ansprechen und nur im** Vorratsraum für zulässig **halten. Einen Lattenverschlag würde ich zumal mit Rücksicht auf** § 9 Abs. 3 **als „hölzernen Verschlag“ nicht ansehen.**

Zu § 10. **Es genügt meines Erachtens nicht, daß nur ein Beauftragter des Geschäftsinhabers die Gifte abgibt. Auch der Beauftragte müßte nachgewiesen haben, daß er die für den** Gifthandel **gültigen** Bestimmungen **genügend kennt.**

Zu § 11. **Absatz 2 bietet in seiner Fassung etwas** besseres als § 3 der **Kaiserl. Verordnung, indem nicht vom Großandel,** sondern **von der Abgabe von Großhändlern an** Wiederverkäufer u. a. gesprochen wird. **Es müßte aber anstatt an „**Wiederverkäufer**“ an „**zum Wiederkaufe berechtigte Personen**“ heißen.**

Wenn ich bisher auf die einzelnen Paragraphen **der Kaiserl. Verordnung und der übrigen** gesetzkräftigen Vorschriften **eingegangen bin, müssen wir nun einmal einen** Blick **auf den Drogenhandel werfen, wie er sich unter den jetzigen** Bestimmungen **entwickelt hat.**

Wie mehrfach erörtert, sind viele der gültigen Vorschriften so gefaßt, daß ein Richter so entscheidet, ein anderer anders, wie viel mehr natürlich noch Laien. So kommt es, daß — bona fides des Großhändlers vorausgesetzt — der Kleinhändler vielfach Waren erhält, die ihm als freiverkäuflich bezeichnet werden, die dann bei Revisionen beanstandet werden. Er hat sein Geld dafür ausgegeben, die Waren werden nicht eingezogen, was wird aus denselben? Sie bilden den Grundstock zu einem Geheimlager, ohne welches nach eigener Angabe offenherziger Drogisten kein Drogenhändler mehr existieren kann. Ist erst ein Mittel vorrätig, welches den Blicken des Revisors entzogen werden muß, so ist der Drogist dem Geheimhandel unrettbar verfallen. In ein solches Geschäft wird nun ein junger Mann in die Lehre gebracht. Er lernt neben dem öffentlichen Drogenhandel auch diesen Geheimhandel, er lernt Tag für Tag, Stunde für Stunde die Gesetze zu umgehen. Macht er sich dann selbständig, so richtet er sein Geschäft natürlich sofort demgemäß ein. Wie rentabel dies häufig ist, möge Ihnen ein von mir beobachteter Fall beweisen, in dem in einem neu gegründeten Geschäfte in den ersten 5 Monaten des Bestehens für mindestens 3000 M. dem freien Verkehr entzogene Waren umgesetzt waren, angeblich im Großhandel. An wen der Großhandel erfolgt sein sollte, ergaben die Bücher nicht.

Befördert wird der verbotene Handel in hohem Maße einerseits durch die viel zu geringen von den Gerichten festgesetzten Strafen, die von den Betroffenen nur als Geschäftsunkosten, nicht als Strafen aufgefaßt werden; anderseits dadurch, daß selbst diese geringe Strafen laut Zusage bei dem Abschlusse des Geschäfts meistens von dem Großhändler getragen werden, wodurch der Kleindrogist auch noch das letzte Gefühl der Verantwortlichkeit ve[illegible]t.

Zum Teil geben die größeren Drogenhandlungen auch wirklich Arzneimittel im großen ab, aber nicht [illegible]. Die kleinen Drogenhandlungen, besonders diejenigen in ländlichen Ortschaften, beziehen großenteils ihre Waren von den größeren Drogengeschäften, ganz besonders dem freien Verkehr entzogene Mittel, soweit dieselben nicht von Großhandlungen abgegeben werden. Der [illegible] der größeren Drogenhandlungen ist also nicht als Handel an kleinere Drogenhandlungen und Verteilung [illegible] an den [illegible] gesetzwidrigen Drogen, wie es in den großen Geschäften herrscht.

Neben diesem sog. Großhandel mit Arzneimitteln der Kleinhandel mit freiverkäuflichen und dem freien Verkehr entzogenen Drogen den Hauptverdienst der Drogenhandlungen abwerfen. Das Publikum wird angelockt hauptsächlich durch 1. Reklame. Zunächst die Behauptung der Billigkeit der Arzneimittel, die zwar gar nicht wahr ist, soweit sie aber wahr ist, vielfach nur auf Kosten der Güte der Mittel möglich ist. Ferner aber durch die ausgedehnte Ratserteilung, die den Arzneidrogisten vielfach direkt als Kurpfuscher mit gemeingefährlicher Drogenabgabe erscheinen läßt. Dazu kommt eine ausgedehnte Reklame durch Zeitungsinserate, großartige Schaufensterauslagen und Schaukästen. Alles dies hat den Drogenhandel eine Bedeutung gewinnen lassen, wie sie ihm im Interesse der Volksgesundheit nicht zugestanden werden kann.

Daß sich der Drogenhandel mit dem Verkaufe fertiger Arzneimittel nicht begnügt, ist allgemein bekannt. Neu war mir aber doch, daß seine Tätigkeit auf dem Gebiete der Anfertigung von Rezepten, wie ich von einem Drogisten kürzlich erfuhr, bereits so erheblich ist, daß bei dem Verkaufe einer Drogenhandlung die Ausführung der Rezepte regelmäßig in Rechnung gestellt wird.

Haben wir bisher vorwiegend die Verhältnisse der eigentlichen Drogenhandlungen im Auge gehabt, so dürfen doch 2 Formen des Drogenhandels nicht vergessen werden, die gleichfalls immer mehr an Ausdehnung gewinnen, der Hausierhandel mit Arzneimitteln und die Schrankdrogerien. Ueber den Hausierhandel ist nicht viel zu sagen, die betreffende Bestimmung des Strafgesetzbuches habe ich eingangs erwähnt. Als Kuriosum möchte ich nur einen Fall erwähnen, in dem ein Hausierer mit allerhand nicht frei verkäuflichen Mitteln bestraft wurde, weil er keinen Wandergewerbeschein hatte, aber nicht wegen Hausierens mit Arzneimitteln. Da er keine Mittel außer seinen Waren besaß, ließ das betreffende Amtsgericht letztere öffentlich versteigern, machte sich also selbst durch Verkauf der Arzneivorräte strafbar.

Die Schrankdrogerien finden wir in fast allen kleineren Orten, aber auch in größeren Städten. Die Tätigkeit der Großhandlungen, die dieselben ausstatten, ist Ihnen ja allen genugsam bekannt. Personen, die sich mit dem Drogenhandel nie beschäftigt haben, werden große Mengen abgefaßter Mittel aufgedrungen, die sie zu teilweise außerordentlich hohen Preisen nach gedruckten Anweisungen und mit solchen an den Mann zu bringen haben. Ich freue mich, daß ich durch mehrere ausführliche Gutachten dazu habe beitragen können, daß die Unreellität dieser Großhandlungen auch höchstinstanzlichen Gerichten klar geworden ist. Sie finden ein auf meinem Gutachten fußendes Urteil des Landgerichts zu Neu-Ruppin in dem Berichte der Versammlung der sächsischen Bezirksärzte vom 1[illegible] Juni 1910.[1] Welcher Art die durch die gedruckten „Wegweiser" verbreitete Belehrung über die Entstehung und Behandlung von Krankheiten ist, können Sie sich denken. Glücklicherweise machen die meisten Schrankdrogerien so schlechte Geschäfte, daß sich ihre Besitzer freuen, wenn sie diese Last bald wieder los werden. Hoffen wir, daß recht viele Schrankdrogisten aus dem Neu-Ruppiner Urteil die Konsequenz ziehen und ihre Lieferanten zur Zurücknahme von Schranken und Waren zwingen.

Nun noch einige Worte über die Revision der Drogenhandlungen. Welchen geringen Wert dieselben meist haben, wissen wir, die wir sie ausführen müssen, am besten.

Wenn wir überhaupt Unregelmäßigkeiten finden, beruht das nur auf einem Versehen einer Person des Geschäftspersonals. Meist ist alle Konterbande nach Erlaß der neuen Polizeiverordnungen wieder so versteckt, daß [illegible]

[1]) Siehe Beilage „Berichte über Versammlungen V[illegible]" zu Nr. 22 d[illegible] Zeitschrift, 1910.

nichts finden. So ging es mir auch in dem bereits erwähnten, vor der jetzigen Auslegung des „Feilhaltens“ von mir aufgedeckten Falle.

Auch in diesem Geschäfte hatte die kurz vorher vorgenommene Revision nichts ergeben. Zu einem anderen Resultate kam ich erst, als ich die gerichtsseitig beschlagnahmten Bücher durchsah. Leider geschieht es anscheinend viel zu selten, daß die Bücher der Drogenhandlungen durchgesehen und die Wohnung durchsucht wird. Wenn wir in einem Geschäfte von verschiedenen nicht frei verkäuflichen Sachen je 1 oder 2 Fläschchen finden, ist mit Sicherheit anzunehmen, daß auch größere Vorräte davon vorhanden sind, leicht erreichbar in einem angeblich nicht als Geschäftsraum dienenden Raume. Diese Verstecke zu finden, ist dann Sache des uns begleitenden Beamten, der deshalb Hilfsbeamter der Staatsanwaltschaft sein muß, wie ich oben bereits betonte.

Natürlich kann es uns als den berufenen Hütern der Volksgesundheit nicht gleichgültig sein, wenn unendliche Werte, die zur Ernährung und Kräftigung der Bevölkerung dringend nötig sind, in den Drogenhandlungen für teils wertlos, teils direkt schädliche Arzneidrogen verausgabt werden. Daß dies geschieht, läßt es dringend geboten erscheinen, das Publikum wieder zurückzugewöhnen in die Apotheken, wo häufige Kontrolle die Güte der Waren gewährleistet und wo wissenschaftliche und praktische Vorbildung des Personals die vorschriftsmäßige Beschaffenheit der gelieferten Arznei-Zubereitungen verbürgt; wo außerdem die Arzneiabgabe nicht fast ausnahmslos verbunden ist mit gewohnheitsmäßiger Kurpfuscherei. Dazu kommt noch ein anderes. Der Drogenhandel, wie er sich unter der bisherigen Gesetzgebung bezüglich der richterlichen Auslegung derselben entwickelt hat, beruht größtenteils auf gewerbsmäßiger Umgehung der Gesetze. In diesem Sinne erzieht der Drogistenstand auch seinen jungen Nachwuchs. Ein Stand, dem ein solcher Vorwurf mit Recht gemacht wird, muß aber im allgemeinen Volksleben moralisch zersetzend wirken und paßt nicht in den Rahmen eines geordneten Staatswesens.

Besserung ist möglich durch Schaffung klarer Gesetzesvorschriften, zunächst durch Erlaß einer neuen Kaiserlichen Verordnung, die die dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel nur auf die im äußersten Notfall nötigen beschränkt in einem positiven Verzeichnis.

Es wird dies natürlich auf großen Widerstand stoßen bei den Arzneimittelfabrikanten wie bei den Drogisten, die die Antastung wohlerworbener Rechte behaupten werden. Dem ist aber entgegenzuhalten, daß sich dieselben der bisherigen größereren Freiheit nicht würdig gezeigt haben; daß ferner der Apothekerstand auch nicht gefragt ist als ihm durch die Gewerbeordnung, durch die Kaiserliche Verordnung usw. wohlerworbene Rechte geschmälert wurden; daß drittens die Volksgesundheit dringend verlangt, daß die Arzneiversorgung wieder zurückgeführt wird in die Apotheken, und daß das spezielle Interesse eines Standes vor dem der Allgemeinheit zu weichen hat. Geht bei solcher Neuregelung des Arzneiverkehrs außerhalb der Apotheken mit zahlreichen Drogisten, die durch gewerbsmäßige Gesetzesverletzung hoch gekommen sind, auch einmal ein Unschuldiger mit zu Grunde, so büßt er nur die Schuld seiner Standesgenossen.

Ich komme zum Schluß und darf die aus meinen Ausführungen sich ergebenden Folgerungen nochmals kurz zusammenfassen:

Um den Drogenhandel nicht dauernd eine Gefahr für die Volksgesundheit bilden zu lassen, ist nötig:

1. Aenderung des Strafgesetzbuches durch Ausmerzung des Wortes „feilhalten“ im § 367 Abs. 3, ferner durch Festsetzung der Einziehbarkeit der in Drogenhandlungen vorschriftswidrig gefundenen Waren.

2. Ergänzung der Reichsgewerbeordnung durch genauere Bestimmungen über den gesamten Drogen- und Gifthandel im Sinne meiner Ausführungen. Falls dies nicht zu erreichen, Ersatz des preußischen Gesetzes vom 22. Juni 1861 durch ein anderes, in dem gleichfalls das Wort „feilhalten“ zu beseitigen ist.

3. Erlaß einer neuen Kaiserlichen Verordnung, in der die dem freien Verkehr überlassenen Mittel positiv angegeben und ihre Auswahl auf das geringste Maß beschränkt wird; in der ferner gleichfalls das Wort „feilhalten“ und außerdem das Wort „Großhandel“ beseitigt wird.

4. Erlaß einer neuen Giftpolizeiverordnung, in der auszusprechen ist, daß eine Konzession zum Handel mit Giften, die nach der Kaiserlichen Verordnung dem freien Verkehr entzogen sind, überhaupt an Kleinhandlungen nicht erteilt wird. Beseitigung des „Feilhaltens“ auch an dieser Stelle. Eine Ergänzung müßte, falls es nicht möglich sein sollte, das Selbstdispensierrecht der Tierärzte aufzuheben, eine der bayerischen entsprechende Polizeiverordnung sein, nach der Aerzte, Tierärzte, Heilgehilfen usw. die zu Berufszwecken dienenden Drogen nur aus Apotheken beziehen dürfen, eine Frage, auf die näher einzugehen hier jedoch nicht am Platze ist.

In der anschließenden Diskussion wurde den Ausführungen des Vortragenden im allgemeinen durchweg zugestimmt. Im besonderen bemerkte Nickel-Perleberg, daß die Revisionen der Drogen- pp. Handlungen wegen der Unsicherheit der betreffenden Bestimmungen eine wenig angenehme Tätigkeit für den Kreisarzt darstellten. Bei der Feststellung, ob ein Arzneimittel freigegeben sei oder nicht, benutze er mit Vorteil einen Sonderabdruck aus der pharmazeutischen Zeitung vom Jahre 1909, in dem die freigegebenen und nicht freigegebenen Arzneimittel mit Namen angegeben sind. Ferner bediene er sich bei Revisionen von Farbenhandlungen einer Zusammenstellung von Proben der giftigen Farben. Er sei dadurch in der Lage, durch Vergleichen mit den Proben die giftigen Farben herauszufinden, was bei den zahlreichen und wechselnden Namen für ein und dieselbe Farbe sonst auch mit Hilfe der vollständigsten Namensverzeichnisse oft genug nicht möglich war. Die Verordnung über die Abgabe nicht freigegebener Arzneimittel werde oft dadurch umgangen, daß dem nicht freigegebenen Mittel ein Phantasiename beigelegt werde. Erfreulich sei es, daß die Drogenschränke abnähmen, weil die Besitzer die Unbequemlichkeiten der Revisionen scheuten. Sehr gefährliche Zwischenträger des unerlaubten Arzneimittelverkehrs seien auch die Thüringer Hausierhändler, die fast regelmäßig auch Arzneimittel vertrieben; die Polizeiorgane sollten ihnen mehr Aufmerksamkeit zuwenden.

Voigt-Templin mißt der Rechtsprechung die Schuld bei, daß ein Vorgehen gegen die Drogenhändler bei Uebertretung der bestehenden Bestimmungen fast immer aussichtslos ist.

Roth betonte, daß es neuerdings vorgekommen sein soll, daß ein Drogist sein unerlaubtes Lager in einem Nebenhause in der Wohnung eines Bekannten hielt, so daß auch Haussuchungen auf diese Weise illusorisch würden.

Hoche betont gleichfalls den Mangel an Verständnis seitens vieler Richter dafür, daß es sich bei gerichtlichem Vorgehen gegen den vorschriftswidrigen Drogenhandel um eine wichtige Frage der Volksgesundheit, nicht aber nur um die Unterstützung der Apotheker in einem für die Allgemeinheit ganz gleichgültigen wirtschaftlichen Kampfe zwischen Apotheken und Drogisten handele. So sehr er deshalb den Pessimismus der meisten Kreisärzte begreife, so müsse doch vor völligem Nihilismus gewarnt werden. Könne der einzelne eine Besserung durch seine Arbeit direkt nicht erreichen, so bringe doch jedes erfolgreiche wie erfolglose Verfahren gegen einen Drogisten neues prinzipielles Material zur Benutzung für diejenigen Instanzen, in deren Hand die gesetzliche und die sonstige gesetzkräftige Regelung des Drogenhandels ruhe, und helfe so mit an der gesetzlichen Neuregelung des gesamten Drogenhandels.

Sehr zu warnen sei ferner vor einer kritiklosen Wertschätzung der höchstinstanzlichen Gerichtsurteile. Wie ja auch das erwähnte Beispiel des Diachylon-Wundpulvers beweise, befaßten sich die höchsten Gerichte, besonders das preußische Kammergericht, mit dem wesentlichen Inhalt der Urteile, gegen die Revision eingelegt sei, fast gar nicht, sondern schalteten alle Punkte aus, die als tatsächliche Feststellungen der Vorinstanz anzusehen seien. Daher kämen die sich häufig durchaus widersprechenden Urteile des gleichen höchsten Gerichts. Die für den Drogenhandel günstigen würden alsdann in späteren Gerichtsverhandlungen von den Drogisten als den Kern der Sache berührend vorgebracht, nur zu leicht mit Erfolg, wenn nicht der als Sachverständige tätige Kreisarzt den Wert der betreffenden höchsten Urteile richtig stelle.

Nicht verdrießen dürfe man sich freilich die Anfeindungen der Drogistenpresse lassen, die sich ganz besonders ergießen über zweckbewußte kreisärztliche Revisionen, weil diese nicht wie die Apotheker durch den Vorwurf der Verfolgung eigener Interessen in den Augen Fernstehender tot gemacht werden

könnten. Da es sich bei fast jeder gerichtlichen Verhandlung um prinzipielle Fragen handele, die jeden Drogisten berühren, so sei jeder Drogist zum Halten mindestens einer der Fachzeitungen durch sein Geschäftsinteresse direkt gezwungen. So komme es, daß jede Beschwerde eines Drogisten in ganz Deutschland über einen mißliebigen Revisor in dieser Presse einen zuweilen sogar poetischen Widerhall aus den entferntesten Gegenden finde, der oft genug die Grenze des gesetzlich Erlaubten mindestens streife und jedenfalls nicht geeignet sei, die sowohl an sich als auch durch die häufig sich anschließenden Gerichtsverhandlungen schon unangenehmen Revisionen der Drogenhandlungen angenehmer zu machen.

IV. Bevor zum letzten Gegenstand der Tagesordnung übergegangen wurde, erhielt Kreisarzt Dr. Schulz-Charlottenburg das Wort zur Begründung zweier von ihm in bezug auf die Mitwirkung der Schule beim Auftreten übertragbarer Krankheiten und in bezug auf die Bestrafung bei Verstößen gegen die polizeilichen Anordnungen bei Bekämpfung dieser Krankheiten gestellter Anträge. Er führte hierzu im wesentlichen folgendes aus:

Bei Scharlach und Diphtherie ist es ein wesentliches Mittel, ja zumeist wohl der einzige Weg, auf den die Ortspolizei von allen Erkrankungen erfahren kann, wenn die Schule die wegen ansteckender Krankheit fehlenden Kinder meldet. In der Praxis gestaltet sich die Sache so, daß die Schule den Grund des Fehlens nicht bestimmt weiß, und mindestens für Epidemiezeiten müßte die Bestimmung dahin gehen, daß täglich die Schule alle Neufehlenden der Ortspolizei meldet. Aufgabe der Ortspolizei ist es dann, die Fälle, die nicht ärztlich bereits gemeldet sind, ihrerseits ärztlich feststellen zu lassen und die erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

Noch weitergehend kann die Schule bei der Bekämpfung mitwirken, wenn alltäglich in den Klassen gefragt wird, ob im Hause Geschwister oder sonstige nicht schulpflichtige Personen erkrankt sind und die Angaben gleichfalls der Ortspolizei mitgeteilt werden. Die Bestimmung in § 5 des Ministerial-Erlasses vom 9. Juli 1907 macht das auch bereits für die Schule zur Notwendigkeit, da ja bekanntlich nur ein Teil der Erkrankten der Ortspolizei bekannt wird, auch die Benachrichtigung der Schule durch die Ortspolizei zu spät kommt. Ich würde es für sehr wünschenswert halten, wenn die Bestimmung ausdrücklich auch in § 5 aufgenommen würde.

Endlich wäre es wünschenswert, wenn auch bezüglich der Wiederzulassung (§ 6) ausdrücklich ausgesprochen würde, daß die Schule mit der Ortspolizei zusammenarbeiten muß, daß bei den Krankheiten des Reichs- und Landesseuchengesetzes die Schule erst nach Mitteilung der Ortspolizei über die erfolgte Schlußdesinfektion die Kinder wieder zulassen darf. Für die Ortspolizei wäre die entsprechende Bestimmung zu treffen.

Weiter möchte ich bitten, die Frage der Bestrafung bei Verstößen gegen die Anordnungen der Ortspolizei bei ansteckenden Krankheiten zur Besprechung zu bringen.

Die Anordnung erfolgt jetzt wohl allgemein in Form der von der Ortspolizei dem Haushaltungsvorstand zuzustellenden Verfügung. Anlage zur dortigen Verfügung vom 14. Dezember 1907 — I. 1288/12 —. Die in der Strafandrohung dieser Verfügung (13) genannten § 36 Nr. 2 des Gesetzes vom 28. August 1905 und § 46 Nr. 2 des Gesetzes vom 30. Juni 1900 stellen von § 14 des Gesetzes vom 30. Juni 1900 ausdrücklich nur Absatz 5 unter Strafe. Allgemein ist zur Zeit im Hause eine Person der Familie Pflegerin. Aber selbst die Isolierung der erkrankten Person selbst stände hiernach nicht unter der Strafandrohung. Es ist in meinem Kreise vorgekommen, daß ein Gendarm eine Mutter angezeigt hat, die von der Pflege ihres an Diphtherie erkrankten Kindes in den Tanzsaal ging. Die zwangsweise Entfernung der Frau aus dem Tanzsaal auf Grund des Landesverwaltungsgesetzes von 1883 genügt nicht. Es wird nötig sein, daß die Ortspolizeibehörden eine wirksame Strafandrohung der Verfügung hinzufügen.

Zu dem ersten Antrag bemerkte Herr Ober-Reg.-Rat Dr. v. Wilms, daß dem folgende Bedenken entgegenständen:

1. der Zeitverlust beim Unterricht,
2. die Gefahr für den Lehrer als Angeber zu erscheinen,
3. würde die Polizei oft ohne Not in das Haus kommen, da das Schulkind über die Art der Erkrankung keine Angaben machen könne.

Im Anschluß daran führte **Roth** folgendes aus:

Es ist durchaus erwünscht, daß die Lehrer bei der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten in erhöhtem Maße herangezogen werden; aber dieses Ziel würde auf dem vom Kreisarzt Dr. Schulz angegebenen Wege nicht erreicht werden. Gesetzt, die Polizeiverwaltung, der Amtsvorsteher, erhielte täglich die Namen der in der Schule fehlenden Kinder vom Schulvorstande mitgeteilt, so könnte sie hiermit nichts anfangen, denn sie hat speziell bei Diphtherie und Scharlach — wie bei Körnerkrankheit — nur die ersten Fälle feststellen zu lassen, und dies auch nur dann, wenn sie nicht von einem Arzt gemeldet sind. Der Amtsvorsteher könnte also diese Meldungen nur an den Kreisarzt bezw. den Landrat weitergeben. Deshalb ist es richtiger, wie im hiesigen Bezirk auch vorgegangen wird, daß von der in den §§ 7 und 9 der Anweisung zur Bekämpfung von Diphtherie (Scharlach) gegebenen Befugnis der Zuziehung des Kreisarztes in allen Fällen, wo diese Krankheiten gehäuft auftreten, Gebrauch gemacht wird, daß er die Bekämpfung der Krankheit und die Kontrolle der getroffenen Maßnahmen in die Hand nimmt; denn in allen diesen Fällen handelt es sich um besondere Verhältnisse. Hierbei wird er von der Einsichtnahme der Schulversäumnislisten mit Erfolg Gebrauch machen, wie er auch mit dem Lehrer vereinbaren kann, daß ihm etwaige neue Fälle direkt mitgeteilt werden. Daß im § 5 der früheren Anweisung vom 14. Mai 1884 die Meldung des Lehrers von jeder Ausschließung eines Kindes vom Schulbesuch wegen ansteckender Krankheit an die Ortspolizeibehörde vorgeschrieben war, erklärt sich daraus, daß damals die Anzeigepflicht bei Diphtherie usw. noch nicht gesetzlich vorgeschrieben war.

Bezüglich des Zusammenwirkens von Ortspolizei und Schule bei Wiederzulassung erkrankt gewesener Kinder unterscheidet der § 6 die persönliche Reinigung bezw. Desinfektion der selber erkrankt gewesenen Kinder bezüglich ihrer Wäsche, Kleidung und gewöhnlichen Gebrauchsgegenstände bei allen, auch den nicht unter das Landes- oder Reichsseuchengesetz fallenden ansteckenden Krankheiten und die Schlußdesinfektion bei den Krankheiten des Reichs- und Landes-Seuchengesetzes, soweit es sich um gesund gebliebene Lehrer oder Schüler aus derartig infizierten Wohnungen handelt. Im ersteren Falle wird eine polizeiliche Untersuchung sich kaum ermöglichen lassen, wohl aber wird der Kreisarzt veranlassen können, daß, soweit es sich um Krankheiten des Reichs- oder Landesseuchengesetzes handelt, auch im Falle des § 6a die Zulassung nicht eher erfolgt, als bis die Schlußdesinfektion stattgefunden hat.

Im übrigen wird die weitergehende Mitwirkung der Lehrer bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten in erster Linie eine freiwillige sein müssen. Die Bereitwilligkeit dazu ist entschieden vorhanden. Je mehr die Kreisärzte es sich angelegen sein lassen, auf den Lehrerkonferenzen wie bei Gelegenheit der Schulbesichtigungen den Lehrern diese Mitwirkung nahezulegen und sie dafür zu gewinnen suchen, um so erfolgreicher wird sich dieses Zusammenwirken gestalten.

Endlich erscheint es erforderlich, daß die Haushaltungsvorstände mehr wie bisher auf ihre Anzeigepflicht, namentlich in Epidemiezeiten hingewiesen werden. In solchen Zeiten würde auch die Ausrede, daß sie die Krankheit nicht erkannt hätten, hinfällig sein. Nach dieser Richtung sind die Polizeibehörden im hiesigen Bezirke mit entsprechender Weisung versehen, dahingehend, die Haushaltungsvorstände auf diese ihre Verpflichtung besonders hinzuweisen.

Was den zweiten in Anregung gebrachten Punkt betrifft, so führte **Roth** aus, daß in dem Reichs- wie in dem Landesseuchengesetz Verkehrsbeschränkungen mit Absicht nur für das berufsmäßige Pflegepersonal zugelassen und Uebertretungen derselben durch die §§ 36 bezw. 46 unter Strafe gestellt sind. Es ist dies geschehen, weil es undurchführbar wäre, einer Mutter oder sonstigem Angehörigen, die ein krankes Glied der Familie pflegt, den Außenverkehr zu untersagen; wohl aber müssen auch bezüglich dieser die sonstigen Absonderungs- und Desinfektionsmaßnahmen vorgeschrieben werden. Diese Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal sind bekanntlich auch nicht einmal bei allen übertragbaren Krankheiten zulässig, beispielsweise nicht bei Ruhr und Genickstarre.

Unabhängig von den Strafbestimmungen des § 36 des Landes-Seuchengesetzes und des § 46 des Reichs-Seuchengesetzes ist die Polizeibehörde auf

Grund des § 8 des Landes-Seuchengesetzes befugt, innerhalb des für die einzelnen Krankheiten gegebenen Rahmens polizeiliche Verfügungen im Einzelfalle zu erlassen. Es handelt sich in diesen Fällen um polizeiliche Zwangsverfügungen auf Grund des § 132 des Landesverwaltungsgesetzes, deren Durchführung durch Androhung von Strafen oder eventuell durch unmittelbaren Zwang herbeizuführen ist. Durch solche besondere polizeiliche Verfügung kann beispielsweise die Absonderung kranker Personen bei Diphtherie und Scharlach, die in die allgemeinen Strafbestimmungen nicht aufgenommen ist, ebenso wie die Fernhaltung jugendlicher Personen vom Schul- und Unterrichtsbesuch den betreffenden Haushaltungsvorständen aufgegeben bezw. zwangsweise durchgeführt werden, nicht aber können auf diesem Wege Verkehrsbeschränkungen für das nicht berufsmäßige Pflegepersonal getroffen werden, weil dies im Rahmen des § 8 nicht zulässig ist. Im Gegensatz zu den allgemeinen Strafbestimmungen ist in diesen Fällen die Möglichkeit der jederzeitigen Anwendung unmittelbaren Zwanges gegeben.

In allen diesen Fällen ist eine fahrlässiges Handeln vorausgesetzt. Soweit es sich um ein wissentliches Verletzen der angeordneten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln oder Einfuhrverbote handelt, welche von der zuständigen Behörde zur Verhütung des Einführens oder Verbreitens einer ansteckenden Krankheit angeordnet worden sind, kommt der § 327 Str. G. B. in Frage, worüber die §§ 36 bezw. 46 des Landes- und Reichsseuchengesetzes in ihrer Fassung „soweit nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist“, keinen Zweifel lassen. In diesen Fällen tritt die höhere Strafe des Strafgesetzbuches — Gefängnis bis zu 2 Jahren — oder falls infolge dieser Verletzung ein Mensch von einer ansteckenden Krankheit ergriffen worden ist, Gefängnis von 3 Monaten bis zu 3 Jahren ein.

V. Als letzten Punkt der Tagesordnung erstattete Dr. Nowak-Potsdam das Referat über **„Strittige Fragen bei der Berechnung der Gebühren für vertrauensärztliche Tätigkeit der Medizinalbeamten.**

Es herrscht Ungewißheit darüber, ob die Gebühren für vertrauensärztliche Verrichtungen (§ 115 der Dienstanweisung) nach der ärztlichen Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 oder nach dem Gebührengesetz vom 14. Juli 1909 zu berechnen sind. Die bestehenden Bestimmungen geben dafür keinen sicheren Anhalt und schließen die Möglichheit irrtümlicher Schlußfolgerungen nicht aus. So kann aus § 115 d. Dienstanweisung und dem Min.-Erl. vom 10. Dezember 1909 gefolgert werden, daß das Gebührengesetz für sämtliche vertrauensärztliche Verrichtungen nicht maßgebend sei. Dem steht entgegen, daß eine Reihe vertrauensärztlicher Verrichtungen im Tarif vom Gebührengesetz ausdrücklich genannt sind. Auch die Bestimmung des § 115 der D.-Anw., daß der Kreisarzt für die gewissenhafte Ausubung der vertrauensärztlichen Tätigkeit dienstlich verantwortlich ist und § 34 Abs. 3 der Dienstanweisung, welche über das Wesen der vertrauensärztlichen Tätigkeit Aufschluß geben, müssen als dagegen sprechend angeführt werden, daß die vertrauensärztlichen Verrichtungen ausnahmslos mit der privatärztlichen Tätigkeit des Kreisarztes auf eine Stufe zu stellen seien und deshalb für die Berechnung die ärztliche Gebührenordnung das gegebene sei. Für die vertrauensärztlichen Verrichtungen — es sind nur kreisärztliche Zeugnisse, um die es sich hierbei handelt — kann für die Frage, ob ärztliche Gebührenordnung oder Gebührengesetz maßgebend ist, nicht die bloße Zugehörigkeit zum § 115 der Dienstanweisung entscheidend sein, sondern die Form des Zeugnisses, an der zu erkennen ist, ob es vom Kreisarzt in seiner Eigenschaft als Medizinalbeamter oder als Arzt abgegeben worden ist.

In der Diskussion fand Referent durch Anführung von Einzelfällen Zustimmung, aus denen hervorging, daß zwischen den Kreisärzten und den um ein vertrauensärztliches Zeugnis sie ersuchenden Behörden oft Meinungsverschiedenheiten darüber entstehen, ob die Berechnung nach der ärztlichen Gebührenordnung oder nach dem Gebührengesetz stattzufinden habe.

Dr. Roth-Potsdam.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. IV.

Bericht über die 72. (8. amtliche) Konferenz der Medizinalbeamten des Regierungsbezirks Düsseldorf am 5. November 1910 zu Düsseldorf.

An der im großen Sitzungssaale der Königlichen Regierung abgehaltenen Versammlung nahmen unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrats Dr. Borntraeger teil: Herr Oberregierungsrat Diderichs, 20 Kreisärzte, 3 Gerichtsärzte, 5 Kreis- und Stadtassistenzärzte und 7 kreisärztlich geprüfte Aerzte.

Der Herr Vorsitzende begrüßte die Versammlung, besonders den in Vertretung des verhinderten Herrn Regierungspräsidenten erschienenen Herrn Oberregierungsrat und die anwesenden nichtbeamteten Aerzte und gedachte des kürzlich in Rostock verstorbenen früheren Gerichtsarztes in Düsseldorf Medizinalrat Dr. Schmidt.

I. Ueber die Aenderungen in der neuen Dienstanweisung für die Kreisärzte und ihren Einfluss auf die Tätigkeit der Medizinalbeamten. Berichterstatter: Med.-Rat Dr. Roeder, Kreisarzt in Vohwinkel.

Unter Uebergehung aller in den Personal-, Einkommens- und Pensionsverhältnissen eingetretenen Aenderungen wurde an der Hand der gegebenen Paragraphen der Einfluß der veränderten Bestimmungen auf die kreisärztliche Tätigkeit in ihren Einzelheiten erörtert und dabei aus den seit der Herausgabe der Dienstanweisung vom Jahre 1901 neu herausgekommenen Gesetzen und Ministerialerlassen, die an vielen Stellen der neuen Dienstanweisung nur einfach zitiert sind, der wesentliche für die Kreisärzte wichtige Inhalt wiedergegeben.

In den neuen §§ 14 und 18, Verhältnis zu den Ortspolizeibehörden bezw. zu den technischen Beamten des Kreises wurde keine wesentliche Abweichung gegen die bestehende Praxis erblickt und auf den Ministerial-Erlaß vom 14. März 1910 hingewiesen, nach dem eine Einschränkung der kreisärztlichen Besichtigungen gewerblicher Anlagen auf den Fall bestimmter sanitärer Mißstände nicht beabsichtigt wird.

In § 34[3] wird der Begriff der „amtlichen Atteste" anders definiert. Es gehören dazu nur die Zeugnisse, welche der Kreisarzt in seiner Eigenschaft als staatlicher Gesundheitsbeamter ausstellt, und auch diese nur insoweit, als der Minister der Medizinalangelegenheiten die Beibringung eines Zeugnisses des beamteten Arztes vorgeschrieben hat, also die in den §§ 84—114 der neuen Dienstanweisung aufgeführten Fälle. Der Herr Medizinalminister behält sich die Erweiterung dieses Kreises der Aufgaben vor.

Von sehr großer prinzipieller Bedeutung ist der letzte Absatz des § 34, der den Kreisarzt verpflichtet, auf allgemeine Anordnung des Medizinalministers oder auf Erfordern des Regierungspräsidenten vertrauensärztliche Tätigkeit zu übernehmen, welche gemäß § 115 der Dienstanweisung nicht zu dem Amte des Kreisarztes als solchen gehört und zu deren Uebernahme der Kreisarzt an sich nicht verpflichtet ist.

Als neue Aufgaben werden dem Kreisarzte auf dem Gebiete der Medizinalpolizei zugewiesen:

a) Kontrolle über Zu- und Abgang und Qualifikation der Schiffsärzte (§ 45[4]).

b) Verschärfte Kontrolle der Niederlassung und des Geschäftsbetriebes der Kurpfuscher (§ 46).

c) Verschärfte Prüfung der Personen, welche eine Konzession zum Handel mit Giften nachsuchen (§ 56). Die Prüfung hat sich nicht nur auf die in Frage kommenden gesetzlichen Bestimmungen zu erstrecken, sondern es ist auch die Kenntnis der Zusammensetzung der gehandelten Gifte, ihrer landesüblichen Bezeichnung und der Gefahren beim Verkehr zu verlangen. Einige Proben charakteristischer Gifte und giftiger Farben sind von den Bewerbern zu bestimmen. Der Kreisarzt muß also von nun ab eine größere Anzahl solcher Proben in seinem amtlichen Sprechzimmer vorrätig halten.

d) Verschärfte Aufsicht über die Hebammen. Sie sind mindestens

einmal alle 2 Jahre in ihrer Wohnung unvermutet zu revidieren und bei geeigneten Gelegenheiten in der Ausübung ihres Berufs zu beobachten (§ 57[2]). Die Nachprüfungen haben alle 2 Jahre stattzufinden (§ 61). Die freitätigen Hebammen sind zum Beitritt zu den Unterstützungskassen ihrer Organisation anzuregen und die erforderlichen Krankenscheine durch die Hand des Kreisarztes an die Kassen einzureichen (§ 62a).

e) Veränderte Mitwirkung bei der Ueberwachung der staatlich anerkannten *Krankenpfleger* (§§ 65 und 66), und zwar kann er eventuell als Vorsitzender der staatlichen Prüfungskommission für Krankenpfleger fungieren, anderseits hat er event. die Entziehung der staatlichen Anerkennung beim Regierungspräsidenten zu beantragen. Auf demselben Wege kann auch der außerpreußischen Anerkennung ihre Wirksamkeit für das preußische Amtsgebiet bezw. einem bestimmten Regierungsbezirk entzogen werden (Ministerial-Erlaß vom 10. Mai 1907. Min.-Blatt für Medizinal-Angelegenheiten; 1907, S. 190).

Auf dem Gebiete der *Ortschaftshygiene* sind tiefergreifende Veränderungen in dem Abschnitt über *Wasserversorgung* (§ 74) eingetreten. Größere Anlagen sind in 1—2jährigen Fristen, die übrigen alle 3 Jahre — bei besonderen Vorkommnissen auch außerordentlich — zu revidieren. Die Revisionen sollen nach Möglichkeit in die Zeiten gelegt werden, wo erfahrungsgemäß am ehesten Störungen im regelmäßigen Bezuge guten Trinkwassers vorkommen. Maßgebend ist die Anleitung pp. des Bundesrats vom 16 Juni 1906 und die hierzu ergangene preußische Ausführungsanweisung vom 23. April 1907. Darnach sollen Wasserwerke, die ein nicht vollkommen sicheres oder in seiner Beschaffenheit schwankendes Wasser verabfolgen, stets einen hygienischen Beirat zur Hand haben, als welcher sich der Kreisarzt zur Verfügung halten soll.

Die öffentlichen *Kläranlagen* sind zu überwachen und bei schwierigen Fragen der Wasserversorgung oder Abwässerbeseitigung die Mitwirkung der Königl. Versuchs- und Prüfungsanstalt pp. in Berlin nachzusuchen. Die öffentlichen Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel unterstehen nunmehr unmittelbar dem Regierungspräsidenten. Der Kreisarzt hat sich bei ihrer Beaufsichtigung nach dessen Anweisung zu beteiligen (§ 78).

In dem Abschnitt der *Gewerbehygiene* § 91[2] wird neu bestimmt, daß der Kreisarzt bei der Prüfung von Projekten konzessionspflichtiger gewerblicher Anlagen nur dann eine Besichtigung an Ort und Stelle vornehmen soll, wenn event. von der Behörde darum ersucht wird.

Auf dem Gebiete der *Schulhygiene* sind die Kommunikantenanstalten, Waisenhäuser und Rettungsanstalten neu zu den bisherigen Schulen und Anstalten hinzugekommen (§ 94[4]). Die Zwangserziehungsanstalten der Provinzialverbände und die den Provinzialschulkollegien unterstellten höheren Lehranstalten sind nur auf bestimmten Auftrag zu besichtigen.

Das Formular für die Schulbesichtigungen ist in dem Abschnitt Schulkinder und deren Krankheiten wesentlich erweitert worden.

Bei der Ueberwachung des *Haltekinderwesens* wird die Untersuchung der Sterbefälle nach Todesursache und etwaigem Verschulden der Pflegepersonen neu verlangt (§ 98[2]).

Der § 100 ist anders gefaßt und erweitert worden: Danach hat der Kreisarzt die nichtstaatlichen *Anstalten zur Behandlung oder Pflege von Kranken, Siechen oder Krüppeln*, sowie die Einrichtungen zur ersten Hilfe zu überwachen und mindestens jährlich einmal unvermutet zu besichtigen. Hierzu gehören auch die der Pflege oder Fürsorge von Wöchnerinnen oder Säuglingen dienenden Anstalten (§ 98a[5]). Die Knappschaftskranken- und Heilanstalten (§ 100[5]) und die Krankenanstalten der Provinzialverbände und des Johanniterordens (§ 100[6]) können vom Kreisarzt nur kraft besonderes Auftrages revidiert werden. Neu ist die Kontrolle der *Krankenfürsorge auf Kauffahrteischiffen* (§ 100a).

In den Abschnitten öffentliches *Badewesen* (§ 107) und *Heilquellen und Kurorte* (§ 108) ergeben sich als neue oder erweiterte kreisärztliche Geschäfte Kontrolle der Kurbäder von Privatunternehmern, Kontrolle der gesundheitlichen Mindestanforderungen an Kur- und Badeorte und Mitwirkung bei der Erhaltung gemeinnütziger Quellen, sei es in ihrem Bestande überhaupt, sei es nur zum Schutze ihrer heilkräftigen Zusammensetzung.

Das Begräbniswesen, §§ 110—114 anlangend, geben die Bestimmungen des Bundesrats über die Beförderung von Leichen auf dem Seewege aus dem Jahre 1906 und die Vorschriften der Eisenbahnverkehrsordnung von 1908 einheitliche Normen. § 111[3] der Dienstanweisung gibt hinsichtlich der kreisärztlichen Ausstellung von Transportbescheinigungen verschiedene Vorschriften, je nachdem es sich um gemeingefährliche oder nur übertragbare Krankheiten von mehr oder weniger bedenklichem Charakter handelt.

Um zum Schlusse diesen Gegenstand im Zusammenhange zu behandeln: Eine ganz wesentliche Erweiterung der kreisärztlichen Aufgaben hat die Dienstanweisung auf dem Gebiete der sozialhygienischen Fürsorgetätigkeit gebracht, und zwar Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs (§ 81 a), die Säuglingsfürsorge (§ 98 a), die schulärztliche Tätigkeit im eigentlichen und engeren Sinn, die sich aus dem erweiterten und spezifizierten Schulbesichtigungsformular folgern läßt, die gemeinnützigen Bestrebungen auf schulhygienischem Gebiete (§ 97) und die Krüppelfürsorge (§ 103 a). Auffallend ist, daß der Bekämpfung der Tuberkulose einschließlich des Lupus keine besondere Erwähnung geschieht.

Der Kreisarzt hat auf allen diesen Fürsorgegebieten die ursächlichen Zusammenhänge und die Bedürfnisfrage zu prüfen, zweckmäßige Maßnahmen anzuregen, deren Wirksamkeit nach Kräften zu fördern und ihren Erfolg zu beobachten. In den betreffenden Paragraphen werden eine große Anzahl solcher Maßnahmen namentlich aufgezählt.

Im § 115 ist die vertrauensärztliche Tätigkeit des Kreisarztes nach ihrer öffentlich-rechtlichen Seite genau und anders als bisher definiert. Sie ist auch dem vollbesoldeten Kreisarzt gestattet, dieser zum Gebührenbezug hierfür berechtigt. Für gewissenhafte Ausübung übernommener vertrauensärztlicher Tätigkeit sind die Kreisärzte dienstlich verantwortlich. In dem hieran sich anschließenden Verzeichnis vertrauensärztlicher Tätigkeit figurieren Dienstleistungen, die bisher teils als unentgeltliche amtliche, teils als gebührenpflichtige amtliche Tätigkeit im engeren Sinne (pensionsberechtigend für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte), teils bereits früher als vertrauensärztliche Dienstgeschäfte angesehen worden sind. Es fehlen aber noch eine große Anzahl von Attesten, Gutachten und anderweitiger ärztlicher Tätigkeit, die ihrem ganzen Charakter nach keine ärztliche Praxis, sondern vertrauensärztliche Berufsbetätigung darstellen, für die sich die Kreisärzte besonders eignen und mit der sie in der Tat auch ständig beauftragt werden.

In der an den Vortrag sich anschließenden lebhaften Besprechung nahm zunächst der Herr Vorsitzende das Wort zu folgenden Bemerkungen: Zu § 66 der D. A.: Gemäß Ministerialerlaß vom 10. Mai 1907 kann in Preußen auch Krankenpflegepersonen aus anderen Bundesstaaten ihr Zeugnis entzogen werden. Zu § 51: Die Kreisärzte versäumen häufig, bei Prüfung von Apothekerlehrlingen eine entsprechende Eintragung in deren Arbeitsbuch zu machen. Der Kreisarzt soll auch, wenn er etwas Ungehöriges über die Ausbildung eines Lehrlings erfährt, hierüber an den Regierungspräsidenten, zumal manche Apotheker ihre Lehrlinge mehr ausnutzen als ausbilden. Zu § 100: Vor Besichtigung von Krankenanstalten sollen deren Arzt und Verwaltung nicht 1—2, sondern einige Stunden vorher benachrichtigt werden.

Med.-Rat Dr. Schrakamp-Düsseldorf macht zu § 122 der D. A. den Vorschlag, im Sinne der Verminderung des Schreibwerkes die Eintragungen in das Tagebuch zu beschränken. Die Besprechung hierüber wird für später zurückgestellt.

Med.-Rat Dr. Paffrath-Cleve bedauert, daß der Kreisarzt in der Besichtigung von gewerblichen Betrieben deshalb beschränkt sei, weil ihm der Zutritt zu solchen versagt werden könne.

Es wird erwidert, daß man etwaige Schwierigkeiten überwinden könne, wenn man sich vorher mit dem Gewerbeinspektor in Benehmen setze oder einen Polizeibeamten zur Begleitung auffordere; letzteres solle man z. B. bei Besichtigung von Metzgereien niemals unterlassen. Auch werde man nicht leicht Schwierigkeiten finden, wenn man seine Absicht, ein Werk zu besuchen, dem Besitzer oder Direktor desselben vorher mitteilte.

Med.-Rat Dr. Schrakamp hat bemerkt, daß die Ermittelung von Blei-

erkrankungen vielfach ganz ungenügend sei, und daß die Statistik über gewerbliche Erkrankungen überhaupt viele Lücken aufweise, weil die Krankenhäuser die vorgeschriebene Meldung darüber nicht regelmäßig machten.

II. **Ueber die von den vollbesoldeten Kreisärzten abzuführenden Gebühren.** Berichterstatter: Kreisarzt Dr. Rathmann, ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Düsseldorf. (Der Vortrag ist in Nr. 1 dieser Zeitschrift abgedruckt).

III. **Gerichtsärztliche Demonstrationen.** Gerichtsarzt Dr. Berg-Düsseldorf zeigt mehrere Präparate von Schädelbrüchen, von denen einige einen sicheren Rückschluß auf die Form des verletzenden Werkzeugs gestatten.

Geh. Med.-Rat Braun, Gerichtsarzt in Elberfeld, teilt mit, daß er nach Tod durch Starkstrom längs der Aeste der Kranzgefäße des Herzens und am freien Saume des Netzes eine Reihe von punktförmigen Ekchymosen beobachtet habe und bittet, in ähnlichen Fällen hierauf zu achten.

IV. **Allgemeine Mitteilungen.** Kreisarzt Lembke-Duisburg zeigt ein von einem Baumeister in Dinslaken konstruiertes Modell eines Kippfensters für Schulen, dessen Backen mit Fächer versehen sind, damit die kalte Luft nicht unmittelbar auf die Kinder hinunter weht.

Der Vorsitzende, Geheimrat Dr. Borntraeger, macht auf ein neues ausgezeichnetes kleines Krankenhaus zu Alpen im Kreis Mörs aufmerksam, das man sich wohl als Muster nehmen kann; es hat pro Bett 4000 Mark gekostet, ist also auch billig. Bei Neubauten von Krankenhäusern solle der Kreisarzt von vornherein Fühlung mit dem Baumeister nehmen.

Der Vorsitzende legt ferner den Kreisärzten die Förderung von Rote Kreuz-Vereinen und Sanitätskolonnen ans Herz, an denen es in manchen Kreisen noch mangele, während andere allerdings reichlich bedacht seien; er hebt weiterhin die Wichtigkeit der Fürsorgestellen bei der Bekämpfung der Tuberkulose hervor.

Die gestellte Frage, ob im Jahresbericht die Aufzählung der Infektionskrankheiten nach Altersklassen, wie sie in dem von der Regierung empfohlenen, von der Brunsschen Druckerei herausgegebenen Formular vorgesehen sei, verlangt werde, wird verneint. Dr. Hofacker-Düsseldorf.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinal-Beamten des Reg.-Bezirks Arnsberg am 30. Januar 1911 in Hagen.

An der Versammlung, die unter dem Vorsitz des Reg.- und Med.-Rats Dr. Solbrig stattfand, nahmen teil die Herren: Ober-Reg.-Rat Pfeffer in Vertretung des Herrn Regierungspräsidenten, die Kreisärzte, mit Ausnahme von denjenigen in Arnsberg, Dortmund (Land) und Olpe, sowie sämtliche Kreisassistenzärzte des Bezirks.

Nach einer Begrüßung der Versammlung durch Herrn Ober-Reg.-Rat Pfeffer, der zugleich im Namen des dienstlich anderweitig in Anspruch genommenen Herrn Regierungspräsidenten sprach, eröffnete der Vorsitzende die Sitzung mit einem Rückblick auf die seit der letzten amtlichen Konferenz der Medizinalbeamten verflossenen Zeit, im besonderen auf das letzte Jahr, in dem der Tod eines allgemein beliebten und geschätzten, tüchtigen Medizinalbeamten und Kollegen, des Kreisarztes Med.-Rat Dr. vom Hofe in Altena, zu beklagen war. Zu Ehren des Verstorbenen erhoben sich die Anwesenden von den Plätzen.

I. **Die wichtigsten Abänderungen der neuen Dienstanweisung für die Kreisärzte.** Kreisarzt Dr. Friedel-Schwelm.

Die Abänderungen, die die Dienstanweisung in Einklang mit den bestehenden Gesetzen und Ministerialerlassen setzen, wurden nur kurz erwähnt, dagegen eingehend die innerhalb der Rechtsgrenzen aus Zweckmäßigkeitsgründen entstandenen Veränderungen und ihr Einfluß auf Stellung und Amtstätigkeit des Kreisarztes erörtert.

Betreffend „amtliche Stellung und Personalangelegenheiten des Kreisarztes“ wird im § 18 der direkte Verkehr mit den technischen Beamten des Kreises empfohlen, in den §§ 12 und 14 das Ver

hältnis zum Landrat und zu den Ortspolizeibehörden etwas klarer gefaßt als bisher. Gewisse Schwierigkeiten, die sich aus den Bestimmungen des § 23 über die Zuziehung des behandelnden Arztes zu den Ermittelungen bei übertragbaren Krankheiten ergeben können, werden erörtert; ebenso eingehend die Bestimmungen des § 24 über die Abführung von Gebühren, wobei noch manche Zweifel auftauchen, sowie die Bestimmungen des § 31 und seine Ergänzung durch den Ministerialerlaß vom 5. April 1910 über die Erstattung der Reisekosten bei Vertretungen.

In der Abteilung II bringt der § 34 die bekannte Verpflichtung zur Uebernahme vertrauensärztlicher Tätigkeit auf Anordnung der vorgesetzten Behörde; die vielfach geäußerten Befürchtungen aus Anlaß dieser Neuerung erscheinen nicht gerechtfertigt.

Der § 24, betreffend Arzneimittelverkehr außerhalb der Apotheken, hat bereits durch die „Neueren Grundzüge“ vom 13. Januar 1910 und durch den Ministerialerlaß vom 3. Januar 1911 wesentliche Abänderungen erfahren, die den Wünschen der Kreisärzte entsprechen; neu sind die Bestimmungen über die „Giftprüfung“ und die doppelte Ausfertigung des Giftzeugnisses, deren Notwendigkeit wenig einleuchtet.

Sehr zweckmäßig sind die im § 57 vorgeschriebenen zweijährigen außerordentlichen Revisionen der Hebammen. Der Fortfall der früher vorgeschriebenen Ermittelungen bei jedem Todesfall im Wochenbett erscheint weniger erwünscht; unter anderem liefern diese Ermittelungen lehrreichen Stoff für die Hebammen-Versammlungen. Der § 61 schreibt vor, daß die Hebammen alle 2 Jahre nachzuprüfen sind, daß im Fall des Nichtbestehens die Nachprüfung nach 6 Monaten zu wiederholen und bei abermaligem unbefriedigendem Ausfall ein Wiederholungskursus aufzugeben ist. Es erscheint zweifelhaft, ob die auf diese Weise für einen Kurs ausgewählten Hebammen wirklich besonderen Nutzen von ihm haben werden. Viel Arbeit und wenig Freude kann dem Kreisarzt aus der gemäß § 62a empfohlenen Versicherung der Hebammen in den Kassen der Vereinigung deutscher Hebammen erwachsen.

Die Nachprüfungen und Wiederholungskurse der Desinfektoren regelt in anderer Weise als bisher der § 67.

Wesentlich erweitert sind die Bestimmungen des § 74 über Wasserversorgung.

Unzweckmäßig und wohl noch als ein Rest aus dem Zeitalter der Einzelreisekosten erscheint die im § 82 stehen gebliebene Bestimmung, daß zu örtlichen Ermittelungen bei gruppenweisem Auftreten einer nicht aufgeklärten Krankheit das Einverständnis des Landrats erforderlich ist. Hier dürfte das pflichtmäßige Ermessen des Kreisarztes genügen. Eine Anweisung über die sanitätspolizeiliche Behandlung der Bazillenträger, die an einigen Beispielen erörtert wird, erscheint erwünscht, aber ohne gesetzliche Grundlage zurzeit kaum zu geben.

Nach § 98a ist bei Todesfall eines Haltekindes die Todesursache zu erforschen. Meldung des Wohnungswechsels seitens der Polizei ist erwünscht. Die vorgeschriebene fortlaufende Führung des Krüppelverzeichnisses nach § 103a macht Schwierigkeiten.

Die Abänderungen, betr. „vertrauensärztliche Tätigkeit“ nach § 115 werden näher erläutert.

Die Wiederherstellung des früheren Termins der Erstattung des Jahresberichts ist erwünscht, wenn auch durch das neue Formular von Rapmund und Solbrig die Arbeit erheblich erleichtert wird; in einzelnen Punkten könnte noch eine weitere Vereinfachung erzielt werden.

Bei einem Rückblick auf die wichtigsten Abänderungen der Dienstanweisung ergibt sich, daß durch den Fortfall der früheren Einschränkung „gelegentlich anderweiter Anwesenheit am Ort“, durch die neueren Bestimmungen über die Revisionen und Nachprüfungen der Hebammen, über die Beaufsichtigung der Wasserversorgungs- und Kläranlagen, die Revisionen der Drogen- und Gifthandlungen, die Beaufsichtigung der Haltekinder, die Krüppelfürsorge, die Bekämpfung des Alkoholismus, ferner durch die immer stärker hervortretende persönliche Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, endlich durch die notwendige intensivere Beteiligung an den verschiedenen Aufgaben der

sozialen Fürsorge, insbesondere der Tuberkulosefürsorge, dem Kreisarzt eine gewaltige Mehrarbeit erwächst. Es erschienen daher die Wünsche durchaus berechtigt, daß die Reisekosten nicht weiter beschnitten werden, daß die ganz unzulänglichen Amtsunkosten eigentlich erhöht werden und daß ein beschleunigtes Tempo in der Schaffung weiterer vollbesoldeter Stellen eingeschlagen wird. (Selbstbericht.)

In der sich anschließenden Besprechung gab der Vorsitzende zunächst einige Aufschlüsse über die Erledigung zweifelhafter Dienstobliegenheiten (Pläne für Ortsbesichtigungen, Aufstellung der Krüppellisten, Handhabung der Gefäße für die Probeentnahme bei übertragbaren Krankheiten u. a.) und versprach begründete Gesuche um Fristverlängerung für die Jahresberichte zu berücksichtigen.

Geh. Med.-Rat Dr. Gräve-Hagen macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die hinsichtlich der Listen über Aerzte, Kurpfuscher, Krüppel usw. entstehen. Eine lokale Hebammenkrankenkasse hat sich im Kreise Hagen gut bewährt.

Eine ausführliche Besprechung knüpfte sich an die Frage der Hebammenfürsorge und der Hebammenwiederholungskurse, an der sich die Kreisärzte Schneider, Hensgen, v. Trzaska, Bliesener, Nauck beteiligten Es wurde festgestellt, daß die Fürsorge in den verschiedenen Kreisen verschieden gehandhabt wird, aber doch überall in die Wege geleitet ist, verschiedentlich unter Beteiligung der Kreise und Gemeinden.

Stadtarzt Dr. Köttgen gibt nähere Mitteilungen über die Fürsorge für Krüppel unter den Schulkindern in Dortmund. Die Stadt hat zur ambulanten Behandlung der Krüppelkinder eine Summe zur Verfügung gestellt.

II. Der Kreisarzt und die Fürsorgestellen. Kreisarzt Dr. Ascher-Hamm.

Der Referent hatte seinen Ausführungen folgende Leitsätze zugrunde gelegt:

1. Eine Verringerung gesundheitspolizeilicher Aufgaben ermöglicht dem Kreisarzt die eingehendere Beschäftigung mit der Gesundheitsfürsorge.

2. Die Hauptaufgabe des Kreisarztes wird auch hier eine belehrende und anregende sein, — anregend namentlich auf das Zusammenwirken bestehender Einrichtungen und freiwilliger Hilfskräfte.

3. Am leichtesten sind Fürsorgestellen für Tuberkulöse einzurichten, weil ihr Nutzen bekannt ist, und weil fast überall die Landesversicherungsanstalten und die Gemeinden (ev. Kreise), vielfach auch Krankenkassen, Werkkassen und Private zu ihrem Unterhalt beisteuern. Für die erste Einrichtung leistet das Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose einen Beitrag. Sie können in ihrer einfachsten Form in jedem Amtszimmer errichtet werden und haben folgende drei Hauptaufgaben: Bekämpfung der Ansteckung, Besorgung kleiner Unterstützungen, Vermittelung von Heilverfahren. — Eines besonderen Arztes bedürfen sie nicht, vielmehr wird das Gutachten jedes Arztes in der Regel anzuerkennen sein. — Die Untersuchung des Auswurfs erfolgt am besten kostenfrei in den Untersuchungsämtern. — Als Hilfskräfte kommen Schwestern und Geistliche in Betracht; nur für größere empfiehlt sich die Anstellung besoldeter — männlicher oder weiblicher Kräfte.

4. Nach ähnlichen Grundsätzen können die Fürsorgestellen für Alkoholiker eingerichtet werden. Sie haben als Aufgaben in der Hauptsache: Belehrung des Trinkers und seiner Familie, event. Einleitung eines Entmündigungsverfahrens, Vermittlung eines Heilverfahrens. Als Helfer empfehlen sich Geistliche und die Abstinenzvereine.

5. Den Mittelpunkt für die Fürsorge für Säuglinge und vorschulpflichtige Kinder bilden am besten die Mutterberatungsstellen unter ärztlicher Leitung mit freiwilligen und besoldeten Hilfskräften. Sie können in jeder Schulstube abgehalten werden. Für kleinere Orte genügen 14 tägige Sprechstunden. Die Beaufsichtigung der Ziehkinder findet in ihnen die wertvollste Ergänzung.

6. Die Fürsorge für Schulinvaliden — körperliche und geistige — kann ohne Schwierigkeit den Fürsorgestellen für Tuberkulöse angegliedert werden, ebenso die für Alkoholiker.

7. Da das letzte Ziel der Gesundheitspflege wie der Gesundheitsfürsorge die Verhütung von Leiden sein muß, empfiehlt es sich, die gesamte Bevöl-

kerung, zum mindesten die körperlich arbeitende und ihren Nachwuchs, unter dauernder gesundheitlicher Aufsicht zu halten, z. B. in folgender Weise: Bei der Impfung wird das Ergebnis einer Wägung samt Bemerkungen über Ernährung und Entwicklung notiert; im dritten Lebensjahr werden durch Vermittlung der Fürsorgestellen diese Notizen ergänzt, event. erst beim Schulantritt. Den schon vielerorts eingeführten Personalbogen der Schüler werden diese Notizen vorgeheftet und durch jährliche Messungen und Wägungen, sowie durch Notierung körperlicher oder geistiger Störungen ergänzt. Auch durch die Fortbildungsschule kann dieser Personalbogen den Schüler begleiten. Bei der Heeresmusterung können hierdurch geistig Minderwertige rechtzeitig erkannt werden. Werden umgekehrt die Ergebnisse der Heeresmusterung dem Kreisarzt oder einem ihm beizugebenden Fürsorgeamt mitgeteilt, so kann zielbewußter der Verminderung der Tauglichkeit, wohl dem größten hygienischen Uebelstande der Jetztzeit, vorgebeugt werden. Auch die Zunahme der Geisteskrankheiten macht eine solche abgeschlossene Fürsorge wünschenswert.

Der Berichterstatter hat ein „Fürsorgeamt" für den Stadt- und Landkreis Hamm ins Leben gerufen, das seine Tätigkeit auf Tuberkulose, Alkoholismus, Säuglingsfürsorge und Fürsorge für körperlich und geistig zurückgebliebene Kinder erstreckt und seit dem 1. April 1910 besteht. Bei der Schaffung dieses Fürsorgeamtes sind Ascher seine reichen Erfahrungen, die er während seiner amtlichen Tätigkeit in Königsberg gemacht hat, sehr zu statten gekommen. Wie aus den Ausführungen des Verfassers und dem auf der Versammlung den Teilnehmern ausgehändigten „Ersten Jahresbericht" hervorgeht, ist schon in den ersten 9 Monaten Erfreuliches geleistet worden. Wesentlich gefördert wurde die Einrichtung dadurch, daß von verschiedenen Seiten namhafte Beiträge dem Fürsorgeamt und den Fürsorgestellen, deren 1 in der Stadt Hamm und 6 im Landkreise geschaffen wurden, zugeflossen sind. So hat das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose allein 5000 M., die Landesversicherungsanstalt Westfalen 1200 M. beigetragen. Weitere Beiträge sind von Krankenkassen und einzelnen größeren Werken u. a. geliefert.

Neben der Fürsorge für Tuberkulose, die mit Unterstützung der Geistlichen und Schwestern erfolgt, sind namentlich auch in der Säuglingsfürsorge und in der Bekämpfung des Alkoholismus mancherlei Erfolge zu verzeichnen. In der Stadt Hamm sind 3 Mutterberatungsstellen unter Leitung von Aerzten und unter Hülfe von freiwilligen und bezahlten Helferinnen geschaffen. Was die Alkoholfürsorge betrifft, so wird durch das persönliche Eingreifen Aschers dafür gesorgt, daß Trinker, wo es nötig ist, schnell unter vorläufige Vormundschaft gestellt, im übrigen beobachtet, erforderlichenfalls in Trinkerheilanstalten untergebracht werden; die Mitwirkung von Abstinenzvereinen ist hierbei unentbehrlich.

Der Vortrag regte zu einer lebhaften Besprechung an, nachdem vom Vorsitzenden die Notwendigkeit einer intensiveren Betätigung der Kreisärzte auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge betont und mitgeteilt war, daß namentlich in der Fürsorge für Tuberkulöse an vielen Orten des Regierungsbezirks mit Eifer gearbeitet wird.

Geh. Med.-Rat Dr. Hensgen-Siegen teilte näheres über die Tuberkulosefürsorge in seinem Kreise mit, die er mit Unterstützung einer besonders geschulten Krankenschwester leitet.

Med.-Rat Dr. Nauck-Hattingen weist auf die Wichtigkeit der ärztlichen Untersuchung neben der Belehrung hin und teilt näheres über die Fürsorge für Lungenkranke seitens der preußischen Eisenbahnverwaltung mit. Er ist der Ansicht, daß auch der Kreisarzt Anspruch auf Entschädigung für die Ausübung dieser sozialen Tätigkeit habe.

Stadtarzt Dr. Köttgen-Dortmund macht nähere Angaben über die Fürsorge für Lungenkranke, die bei den Schulkindern einsetzen müsse, wie dies auch in Dortmund geschieht.

Kreisarzt Dr. Matthes teilt mit, daß der Verein für Säuglingsfürsor der Provinz Westfalen eine Summe zur Verfügung gestellt habe, die j. zur Verteilung an Fürsorgestellen im Regierungsbezirk komme, und bitt diesbezügliche Anträge zur Gewährung von Beihülfen.

Nach einem Schlußwort des Herrn Ober-Reg.-Rats Pfeffer wird die Versammlung geschlossen, worauf alle Teilnehmer noch einige Stunden beim fröhlichen Mahle zusammen waren. Dr. Solbrig-Arnsberg.

Spätjahrs-Versammlung des Badischen staatsärztlichen Vereins am 17. November 1910 im Landsbad in Baden-Baden.

Anwesend waren 26 Mitglieder. Der Vorsitzende, Med.-Rat Dr. Becker-Freiburg, begrüßt die Versammlung und dankt zunächst dem Kollegen Med.-Rat Dr. Thomann-Baden für die liebenswürdige Einladung nach der Bäderstadt.

I. Aus dem **Jahresbericht** geht hervor, daß der Verein z. Z. 111 Mitglieder zählt. Zugegangen sind im Laufe des Jahres fünf Kollegen (Barth, Bock, Kreß, Sieglitz und Süpfle); gestorben ist ein Kollege (Rittstieg-Breisach).

Der Vorsitzende teilt des weiteren mit, daß eines der verdientesten Mitglieder des Vereins, H. Geb. Rat Dr. Schüle in Illenau am 24. August seinen 70. Geburtstag gefeiert habe. Der Vorsitzende hat dem Jubilar bei diesem Anlaß die herzlichsten Glückwünsche des Vereins übermittelt, wofür der Gefeierte seinen Dank ausgesprochen hat.

Des weiteren weist der Vorsitzende darauf hin, daß im Laufe des Berichtsjahres das neue Irrengesetz und die dazu gehörige Vollzugsverordnung in Kraft getreten sind mit ihren für die Bezirksärzte so einschneidenden Bestimmungen, welche die bezirksärztliche Tätigkeit im Aufnahmeverfahren nahezu vollständig ausschalten. Allerdings ist auch der früher für die Aufnahme notwendige bezirksärztliche Qualifikationsvermerk weggefallen, was seitens der Bezirksärzte, da es deren Verantwortung für die Aufnahme beseitigt, als folgerichtige Entlastung begrüßt wird.

Bezüglich der Anregung des Bezirksarztes Dr. Thomen in Wolfach der Neufassung einer Dienstanweisung für die Bezirksärzte näher zu treten, hat der Vorsitzende keine einleitenden Schritte getan, da er der Ansicht war, daß dies seine Zuständigkeit überschreite, und daß die Initiative zu einer solchen Neufassung von der vorgesetzten Behörde, dem Großh. Ministerium des Innern ausgehen müsse.

II. Aus dem **Rechenschaftsbericht** geht hervor, daß der Verein z. Z. einen Kassenbestand von 1265 M. 76 Pf. besitzt.

Die Rechnung wird geprüft und richtig befunden.

Zur Aufnahme in den Verein hat sich der pro physicatu geprüfte Kollege Dr. Ramsperger-Mannheim angemeldet; derselbe wird einstimmig aufgenommen.

III. Nach Erledigung des geschäftlichen Teils referiert Privatdozent Dr. Süpfle in Freiburg über **Neuere Forschungen auf dem Gebiete der Vakzinationslehre und -praxis.**

Unsere Kenntnisse über Natur und Morphologie des Variola-Vakzineerregers sind in den letzten Jahren fortgeschritten, aber immer noch nicht abgeschlossen. Der Erreger muß sehr klein sein, da er enge Bakterienfilter passiert, gehört aber nicht zu den ultramikroskopischen Körpern; denn von den allerengsten Filterkerzen wird er zurückgehalten. Er ist hauptsächlich auf das mehrschichtige Epithel adaptiert und führt vorwiegend ein intrazelluläres Dasein. Mikroskopisch handelt es sich nach v. Prowazek um außerordentlich kleine Organismen, die zwischen die Bakterien und Protozoen zu stellen sind; sie sehen kokkenähnlich aus, teilen sich nach Art der Kokken und rufen in den befallenen Zellen bestimmte Reaktionsgebilde hervor, die die Erreger mantelartig (daher Chlamydozoa) umschließen.

Während sich der Erreger niederen Temperaturen gegenüber stabil verhält, wirken höhere Wärmegrade, schon die Temperatur von 37°, auf die Glyzerinlymphe sehr rasch abtötend ein. (Vorsicht beim Mitsichtragen des Impfstoffes in den Kleidern.)

Bisher bestand allgemein die Vorstellung, daß sich der Zustand der Variola-Vakzineimmunität klinisch in der völligen Unempfindlichkeit gegenüber einer abermaligen zufälligen oder absichtlichen Einführung des Erregers dokumentiere. Antwortet der geschützte Organismus bei der Wiederimpfung mit einer — wenn auch nur „schwachen" — vakzinalen Reaktion, so galt dies als ein Beweis für einen Rückgang der Immunität; bei kompletter Vakzineimmunität sollte eine Wiederimpfung reaktionslos bleiben. Diese Auffassung ist nicht richtig. v. Pirquet hat festgestellt, daß auch der erst vor kurzem Geimpfte bei abermaliger Vakzination eine Reaktion aufweist. Diese Reaktion, die v. Pirquet „Frühreaktion" genannt hat, sieht natürlich anders aus, als die — von der gesetzlichen Wiederimpfung her bekannten — Reaktionen nach größerem Intervall zwischen der ersten und zweiten Impfung; aber sie läßt sich stets nachweisen und ist im Prinzip nichts anderes, als eine kurzfristige vakzinale Reaktion. Bereits innerhalb der ersten Stunden nach der Insertion entsteht auf hyperämischem Grunde eine Papel, die nach 24 Stunden den Höhepunkt ihrer Entwickelung erreicht und sich dann langsam involviert. Mit dieser kurzfristigen Frühreaktion macht der Revakzinierte den ganzen vakzinalen Prozeß in einem Tage und mit geringen lokalen Entzündungserscheinungen durch.

Der geschützte Organismus reagiert also auf eine Zufuhr des Erregers im Prinzip ähnlich wie der ungeschützte, aber graduell und besonders zeitlich ganz anders, als bei der ersten Infektion. Klinisch äußert sich der Effekt des erworbenen Pockenschutzes in einer Veränderung der Reaktionsfähigkeit des Organismus. Für diesen klinischen Begriff der veränderten Reaktionsfähigkeit hat v. Pirquet die Bezeichnung „Allergie" eingeführt. Worauf beruht dieser durch Ueberstehen der Variola- oder Vakzineerkrankung erworbene Zustand der Immunität bezw. Allergie? Nach Analogie mit den bakteriziden Immunkörpern hat man auch beim Variola-Vakzineprozeß nach Stoffen im Serum gesucht, deren Wirkungseffekt in einer Abtötung des Virus besteht. Wenn es aber auch gelungen ist, spezifische Antikörper im Blutserum nachzuweisen, so ist damit der Vorgang der Immunität noch nicht erklärt; denn der Antikörpergehalt des Serums ist ein geringer, schwankender und meist nur kurzfristiger, während die kutane Immunität andauert. Diese Tatsachen im Verein mit Experimenten über die korneale Vakzineimmunität (K. Süpfle) drängen zu dem Schluß, daß die ursprüngliche Leistung der Immunität nicht im Serum zu suchen ist, sondern daß hier eine zelluläre Immunität vorliegt.

Vakzineimmunität läßt sich nicht nur durch Hautinsertion, sondern auch durch subkutane Injektion (verdünnter) Vakzinelymphe — bei vollkommen reaktionslosen Verlauf — erzeugen. Auch mit Lymphe, die durch Erhitzen auf 60—70° inaktiviert worden war, kann bei Anwendung großer Mengen partielle Immunität erzielt werden. Vorläufig fehlen über die Dauer der Immunisierungswirkung dieser Methode abschließende Erfahrungen. Jedenfalls darf es als ein wesentlicher Gewinn betrachtet werden, wenn es auf diese Weise möglich wäre, in besonderen Fällen, bei Kränklichkeit und Schwächlichkeit der Impflinge, bei Ekzem usw. — zumal bei drohender Gefahr der Pockenansteckung — Pockenschutz zu erzeugen ohne jede lokale Reaktion und Rückwirkung auf das Allgemeinbefinden.

Von den Neuerungen in der Praxis des Impfgeschäftes verdient der Paulsche Tegminverband besonders hervorgehoben zu werden. Sehr praktisch sind die — ebenfalls von Paul angegebenen — Dermatolstreupudersäckchen zum Einpudern der Impfpusteln.

Zum Schluß werden einige wichtige Komplikationen des Vakzineverlaufs besprochen, besonders die Autoinokulationen auf vorher gesunde und auf vorher bereits erkrankte Haut (Ekzem) eingehend gewürdigt.

An den Vortrag schließt sich eine lebhafte Diskussion an, bei der auch besonders interessante Erfahrungen seitens einiger Kollegen mitgeteilt werden.

Der Vorsitzende spricht dem Vortragenden den geziemenden Dank aus für seine ebenso interessanten wie lehrreichen Ausführungen und weist gleichzeitig auf ein von Herrn Dr. Süpfle herausgegebenes Büchlein hin: „Leitfaden der Vakzinationslehre", das sich nach Form und Inhalt gleich ausgezeichnet liest.

IV. Zu lebhafter Diskussion gibt die **Abänderung des Schulgesetzes** vom 7. Juli 1910 Veranlassung, die eine Reihe für die Bezirksärzte wichtiger Bestimmungen enthält und auch auf die dienstliche Tätigkeit des Bezirksarztes von erheblichem Einfluß ist. In Betracht kommen besonders der § 3, der den Unterricht nicht vollsinniger und den Ausschluß körperlich oder seelisch defekter Kinder vom Unterricht behandelt und der § 18, der von der Einführung der Schulärzte handelt. In Volksschulen mit 10 und mehr Klassen muß ein Schularzt, an kleineren Stellen kann ein solcher angestellt werden. Im staatlichen Dienste stehende Aerzte können zur Uebernahme des Amtes angehalten werden. Abs. 5 des § 18 bestimmt, daß in den Gemeinden, die keinen Schularzt anstellen, die im Abs. 2 dieses Paragraphen bezeichneten Funktionen des Schularztes vom Bezirksarzt ausgeübt werden, und zwar auf Kosten der Gemeinden. Nach dem Wortlaut dieses Absatzes handelt es sich hierbei nur um die den Bezirksärzten seither schon zugewiesene Beaufsichtigung der Schulen und Schüler, die eigentliche gesundheitliche Ueberwachung der Schüler, wie sie im Abs. 3 festgelegt ist, wäre demnach nicht Sache des Bezirksarztes.

Von Bedeutung ist die Bestimmung, daß auch die Volksschulen mit einem Schularzt der Oberaufsicht des Bezirksarztes unterstehen. Für die diestliche Tätigkeit der Bezirksärzte kommen dann noch in Betracht § 39, der von der Errichtung der Hilfsschulen handelt, und §§ 111—113, welche die hygienischen Anforderungen, die in Schulräumen zu stellen sind, festlegen.

V. **Wünsche und Anträge.** Med.-Rat Dr. Thomann bemängelt die Art und Weise der Entnahme der Wasserproben bei Trinkwasseruntersuchungen und führt einen Fall an, in dem die Wasserproben, bis sie an das Untersuchungsamt gelangten, so lange liegen blieben, bis sie vollständig verdorben waren. Bei allen Trinkwasseruntersuchungen sollten die Proben vom untersuchenden Hygieniker selbst entnommen werden. Kollege Dr. Süpfle schließt sich dem an und betont, daß der Sachverständige ein Gutachten über eine Trinkwasseranlage doch nur geben könne, wenn er die Probe selbst entnommen und dabei auch einen Blick auf die Umgebung der Entnahmestelle geworfen habe, was oft von allergrößter Wichtigkeit sei. Die Kosten dürften bei der Bedeutung der Sache nicht in Frage kommen. Mehrere andere Kollegen schließen sich diesen Ausführungen zustimmend an.

Damit ist die Tagesordnung erledigt und schließt der Vorsitzende die Versammlung. Becker-Freiburg i. Br.

Bericht über die Sitzung der Göttinger forensisch-psychologischen Vereinigung am 30. November 1910.

I. **Die geschichtliche Entwicklung der modernen Freiheitsstrafe.** Prof. Dr. Hippel-Göttingen:

Die moderne Freiheitsstrafe unterscheidet sich von der des Altertums durch seine erzieherische Tendenz. Früher wurden die Strafgefangenen zu Staatszwecken verwendet. Das Strafsystem bestand in Leib- und Lebensstrafe, Abschreckung und Unschädlichmachung. Dementsprechend sahen auch die Gefängnisse aus. Die Gefangenen saßen in engen und ungesunden Löchern, wurden gequält, waren geistig und körperlich vernachlässigt und in unwürdigen Verhältnissen. Nach der Constitutio Carolina waren die Gefängnisse zur Peinigung, aber nicht zur Aufbewahrung von Gefangenen da. Der Strafvollzug geschah in scheußlicher Ausführung, hatte aber weder bessernde, noch bekehrende Wirkung.

Mit diesem System brachen die Holländer, die 1610 in Amsterdam das erste Männerzuchthaus und ein Jahr später das erste Frauenzuchthaus bauten. Hierzu wurden säkularisierte Klöster verwendet. Die Männer wurden mit „Holzraspeln“, einer sehr anstrengenden Tätigkeit, die Weiber mit Stricken und Spinnen beschäftigt. Die Gefangenen sollten durch schwere Arbeit erzogen werden, das System der Abschreckung, die schweren körperlichen Strafen, durch die der Delinquent unehrlich wurde, kamen in Wegfall. Das Zuchthaus galt daher als ein „ehrliches Haus“. Die Einrichtung fand großen Anklang; überall hin wurde ihr Ruhm getragen mit dem Erfolg, daß viele Leute ihre Angehörigen zur Besserung nach Amsterdam brachten. Infolgedessen wurde noch an das erste anschließend das „sekrete Zuchthaus“ erbaut für ungeratene

Angehörige, Kriminalverbrecher usw., während das öffentliche für Bettler, Landstreicher, Prostituierte usw. bestimmt war. Der Vortragende demonstriert dabei eine Gesammtansicht des alten Amsterdamer Zuchthauses, zwei Ansichten des Innenhofes, auf denen Beschäftigung und Disziplinarstrafen dargestellt sind, dann eine Abbildung zweier an den Füßen gefesselter, mit Holzraspeln beschäftigter Sträflinge und schließlich ein Bild des Einganges vom Weiber-Haus mit der Ueberschrift: „Fürchte Dich nicht, ich übe nichts Böses und zwinge zum Guten; hart ist meine Hand, aber gut."

Die guten Erfolge von Amsterdam brachten eine allgemeine Umwälzung hervor, überall entstanden Zuchthäuser. In Holland verbreiteten sie sich sehr schnell, langsamer fanden sie in Deutschland Aufnahme. Die ersten deutschen Zuchthäuser wurden in Hamburg und Cassel erbaut, letzteres, von dem ein Grundriß demonstriert wird, 1720. Ende des 18. Jahrhunderts bestanden in Deutschland 18—20 Zuchthäuser; die Leib- und Lebensstrafen traten jetzt zu Gunsten der Freiheitsstrafen zurück. Jedoch wurde in Deutschland durch die politischen Verhältnisse die Entwicklung gehemmt; wie überall, so zeigte auch hier der dreißigjährige Krieg seine schädlichen Folgen. Alles war verarmt, für öffentliche Anstalten fehlte das Geld; die Zuchthäuser des 18. Jahrhunderts befanden sich daher in einem gräßlichen Zustand. Es war ein wüstes Durcheinander von Menschen; sie dienten vielfach als Waisen-, Armen- und Irrenhäuser. Die Arbeit wurde vernachlässigt.

Was die Bauart und innere Einrichtung der Zuchthäuser anbelangt, so wurde hierfür das 1775 zu Gent erbaute „maison centrale" von grundlegender Bedeutung. Hier bestand das Prinzip der nächtlichen Isolierung und der gemeinsamen Tagesarbeit, wie es schon in dem 1704 erbauten „bösen Buben-Haus" in Rom durchgeführt war. Der Vortragende demonstriert eine Abbildung beider und ferner eine des „House of Correction" in Milbank.

England war auf dem Gebiete des Gefängniswesens sehr zurück. Sehr große Verdienste um seine Entwicklung erwarb sich Hochard, der die dortigen Zustände auf Grund eigener Erfahrungen schilderte und geißelte. Es wurden nun Zuchthäuser nach den verschiedensten Systemen gebaut, die sich aber alle nicht bewährten. Schließlich wurde eine Kommission nach Amerika gesandt, wo der Quäkerstaat Pensylvania Zuchthäuser gebaut hatte, die für mustergültig galten. Sie knüpften an das alte holländische System an; es sollten Werkhäuser, Häuser zur Arbeit und Zucht sein (Demonstration der Zuchthäuser in Pensylvania und Philadelphia, die in der Mitte eine Zentrale haben, von der aus die einzelnen Gefängnisflügel ausgehen; es sind lange Korridore, wo sich rechts und links Einzelzellen befinden). Im allgemeinen wurden mit diesem System gute Erfahrungen gemacht, wenn es auch Nachteile zeigte, was den Staat Newyork veranlaßte, in Auburn ein Zuchthaus nach dem etwas brutalisierten Genter System zu bauen (Demonstration desselben). Die Bauart von Pensylvania „Einzelhaft mit Strahlenbau" fand fast überall Anklang; sie wurde von der englischen Kommission empfohlen und bürgerte sich auch in Deutschland ein. Dieses System findet auch heute noch beim Bau der modernen Zuchthäuser, allerdings mit mannigfaltigen Verbesserungen Anwendung. Bauten für gemeinsame Haft werden heute nicht mehr ausgeführt, durchweg nur Einzelhaftzellen. Zum besseren Verständnis demonstriert der Vortragende noch eine ganze Reihe von Abbildungen und knüpft die nötigen Erläuterungen daran, so das Zuchthaus bei London, das Zellengefängnis Bruchsal, das Zuchthaus Moabit, dessen Kirche, ein Zellengeschoß, Einzelzellen und sogenannte „boxes", schließlich die Strafanstalt Wehlheiden bei Cassel.

Psychologie der Haft und Haftpsychosen. Prof. Dr. Weber, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Göttingen:

Neben der erzieherischen und bessernden Wirkung der modernen Freiheitsstrafe läßt sich nicht vermeiden, daß sie eine Anzahl von Schädlichkeiten für den Betroffenen mit sich bringt. Der plötzliche Wechsel der ganzen Lebensweise, der Wegfall aller äußeren Ablenkungen in der Einzelhaft, die Reibungen mit Mitgefangenen und Aufsehern bei der Gemeinschaftshaft und die mit der monotonen Ernährung und geringen Bewegung für manche Individuen notwendig verbundenen körperlichen Schädigung. Während diese Momente

oft geschildert wurden, fehlt heute noch eine objektive Darstellung des etwaigen tatsächlichen Einflusses dieser Schädlichkeiten auf die Psyche **normaler** Inhaftierter. Wir kennen nur wirkliche Geistesstörungen, die sich in der Haft entwickelt haben. Bei der Frage. wie weit bei diesen Geistesstörungen die Haftschädlichkeiten eine ursächliche Rolle spielen, wird eine kurze Uebersicht über die Haftpsychosen nach einer der bekannten Einteilungen gegeben:

1) Schon länger bestehende Psychosen, die erst in der Untersuchungs- oder Straf-Haft erkannt werden.

2) Fälle, die in der Haft erkranken, ohne daß irgend ein ursächlicher Zusammenhang mit der Haft aus dem klinischen Bild oder dem Verlauf erschlossen werden kann.

3) Die Fälle, bei denen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Haft und Ausbruch der Geistesstörung angenommen wird. Es werden kurz die Zustandsbilder geschildert: akute Formen mit schwerer Erregung und Verwirrtheit, Stuporzustände, chronische Formen mit Halluzinationen, Wahnideen, die gelegentlich systematisirt werden.

Zur Begründung des **ursächlichen Zusammenhangs** mit den Haftschädlichkeiten wird gewöhnlich ausgeführt:

a) Der Inhalt der Halluzinationen und Wahnideen (Verfolgung, Bestrafung, Beschimpfung, Begnadigung) spiegelt das Milieu der Haft wieder. Zudem erleichtert die lange dauernde Isolierung entschieden das Entstehen der Halluzinationen. Vortragender fügt noch hinzu, daß nach seiner Erfahrung die Gemeinschaftshaft häufig auf dem Boden entsprechender Affekte (Mißtrauen, Reizbarkeit) die krankhaften Eigenbeziehungen und damit zahlreiche Wahnideen großzieht.

b) Sehr häufig verschwinden nach Aufhören der Haft, z. B. bei Ueberführung in die Irrenanstalt diese Geistesstörungen wieder. Daher die Bezeichnung psychogener Haftkomplex (**Risch**), dessen praktisch wichtige Differentialdiagnose gegen dauernde Verblödung einerseits, gegen absichtliche Simulation anderseits, kurz besprochen wird.

Der Name Haftpsychosen für die in Gruppe 3 zusammengefaßten Geistesstörungen darf aber nicht in dem Sinne gebraucht werden, als ob darunter ein spezifisches, in Entstehung, klinischen Erscheinungen und Verlauf einheitliches Krankheitsbild zu verstehen wäre. Ein Teil dieser Fälle gehört wohlbekannten psychischen Krankheitsbildern an und verläuft ganz unabhängig von dem äußeren Schicksal des Erkrankten. Viele andere, die nach Entfernung aus der Haft sich bessern, zeigen doch nach Aufhören der akuten Erscheinungen eine abnorme, phychopathische Grundlage: leichten Schwachsinn oder stark degenerative Züge, kenntlich an ethischen Defekten, leichter affektativer Beeinflußbarkeit und Entartungszeichen. Es sind dieselben Individuen, die auch auf andere körperliche oder psychische Schädigungen (Berufsunfälle mit dem entsprechenden Rentenkampf, Gruben- oder Erdbebenkatastrophen) mit ähnlichen psychischen Erkrankungen reagieren. Nur auf diese wirken solche äußere Momente so, daß eine Geistesstörung zu Stande kommt. Daß die erzeugten psychotischen Produkte (Sinnestäuschungen und Wahnideen) das Milieu der Haft und Bestrafung wiederspiegeln, ist begreiflich; auch sonst gibt der Inhalt dieser Krankheitsäußerungen das Lebensmilieu der Kranken (z. B. religiöse, politische Ideen) wieder.

Ein engerer ursächlicher Zusammenhang mit der Haft kann nur für einzelne Symptome, aber nicht für das ganze Krankheitsbild angenommen werden; wahrscheinlich besteht ein solcher zwischen Einzelhaft und Halluzinationen, gemeinschaftlicher Haft und krankhaften Eigenbeziehungen. Wir sehen dasselbe aber auch außerhalb der Freiheitsstrafen unter ähnlich gearteten äußeren Umständen, z. B. bei lange dauernder Isolierung von Infektionskranken oder Infektionsträgern und bei engem Zusammenleben mehrerer Menschen auf Schiffen, bei Polarexpeditionen pp. Rpd. jun.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns. Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. V.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinal-Beamten des Reg.-Bezirks Minden in der Ressource in Bielefeld am 9. Januar 1911.

In der unter dem Vorsitze des Herrn Regierungspräsidenten Dr. v. Borries abgehaltenen Versammlung nahmen die Herren Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich, vortragender Rat in der Medizinalabteilung des Kultusministeriums, als Vertreter des Herrn Ministers, Ob.-Reg.-Rat v. Borstell, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Geh. Reg.-Rat Häckermann, Veterinärrat Dr. Kampmann aus Minden i. W., Oberbürgermeister Dr. Stapenhorst und Landrat Dr. Beckhaus aus Bielefeld, sämtliche Kreisärzte mit Ausnahme des Kreisarztes von Warburg, der Kreisassistenzarzt Dr. Seitz aus Halle und der staatsärztlich geprüfte Arzt Dr. Brandis aus Bielefeld teil. Außerdem beteiligten sich an dem ersten Teile der Sitzung als milchwirtschaftliche Sachverständige die Herren Kammerherr H. v. Vogelsang auf Rittergut Hovedissen bei Bielefeld und Dr. Fürstenau, Vertreter der Tierseuchenstelle in Münster.

Vor der Sitzung hatte unter sachverständiger Führung eine eingehende Besichtigung der neuen Genossenschafts-Molkerei in Bielefeld stattgefunden, deren vorzügliche, allen gesundheitlichen Anforderungen entsprechende Einrichtungen allseitigen Beifall fanden.

Nach Eröffnung der Sitzung und Begrüßung der Erschienenen, insbesondere des Herrn Vertreters des Ministers, durch den Herrn Regierungspräsidenten wurde in die Beratung der Tagesordnung eingetreten.

I. **Sanitätspolizeiliche Beaufsichtigung der Sammelmolkereien.** Berichterstatter: Med. Rat Dr. Sudhölter-Minden i. W.

Der Betrieb der Sammelmolkereien, die in den letzten Dezennien in immer größerer Zahl angelegt sind, bringt eine Reihe gesundheitlicher Gefahren mit sich, denen sanitätspolizeilich entgegengetreten werden muß. Man braucht nur an die zahlreichen, durch Sammelmolkereien vermittelten Epidemien bei Menschen und Tieren zu erinnern, um die Notwendigkeit darzutun.

Schon die Herkunft der Milch aus allen möglichen Stallungen, unreinlichen und reinliches, von allen möglichen Kühen, kranken und gesunden, schlecht und gut gefütterten, aus infizierten und nichtinfizierten Gehöften, läßt die in der Molkerei vorgenommene Milchmischung von vornherein verdächtig erscheinen; dazu kommt, daß die in die Milch ev. geratenen Krankheitskeime einen guten Nährboden für ihre große Vermehrung finden.

Die gegen diese großen Gefahren notwendigen Maßnahmen müssen gleich bei der Milchgewinnung einsetzen.

Zunächst sind krankhafte Milchquellen auszuschalten; an übertragbaren Krankheiten, namentlich an Tuberkulose, Septicämie, Maul- und Klauenseuche, Milzbrand etc. leidende Kühe sind für Milchlieferung ungeeignet. Gehöfte, auf denen derartige oder menschliche übertragbare Krankheiten wie Typhus etc. herrschen, sind in den meisten Fällen von der Milchlieferung auszuschalten.

Es muß ferner, um Krankheiten keinen Dauerherd zu schaffen, eine bessere Stallhygiene und eine bessere individuelle Hygiene des Viehstandes ein- und durchgeführt werden. Einwandfreie Streu, reingehaltene und reinhaltbare, gut belichtete und gut gelüftete, möglichst staubfreie Stallungen, einwandfreie Wasserversorgung sind zu fordern, ebenso Reinlichkeit des Körpers der Milchkühe im ganzen, wie namentlich am Euter und an den Striegeln.

Das Personal soll gesund, weder ansteckend krank, noch Träger ansteckender Keime sein. Es soll am eigenen Körper größte Sauberkeit beobachten, reine Schürzen, reine, frischgewaschene Hände haben.

Die Milch soll gleich durchgeseiht in reinste Kannen gefüllt und sofort abgekühlt werden. Die Transportkannen sind mit heißer Sodalauge und überspannten Heißwasserdämpfen gleich in der Molkerei zu reinigen und dann gut und dicht verschlossen zurückzugeben. Auf diese Weise würde

schon in den meisten Fällen zu erreichen sein, die Milch längere Zeit haltbar zu machen und Krankheitskeime fernzuhalten.

Da diese Forderungen oft entweder gar nicht oder nicht genau und mit dem erforderlichen Verständnis durchgeführt werden, wird man bestimmte Anforderungen an die Molkereien und ihre Einrichtungen stellen müssen, die einmal den Zweck haben, die Molkereien selbst und ihre Apparate nicht zum Schlupfwinkel von Krankheitskeimen werden zu lassen, und anderseits im Stande sind, mit Sicherheit etwaige Krankheitskeime abzutöten. Demzufolge muß schon bei der Anlage von Molkereien darauf Bedacht genommen werden, daß in ihnen die größte Sauberkeit gewährleistet ist: freie Lage, abwaschbare Wände und Fußböden, Betriebsräume mit abgerundeten Ecken, reichliches einwandfreies Wasser, bequeme Spül-, gute Belichtungs- und Entlüftungseinrichtungen.

Sodann müssen geeignete Apparate vorhanden sein, um ev. Krankheitskeime in der Milch zu töten. Bei den landläufigen Krankheiten wird es zwar in der Regel genügen, die Milch auf 70° 1/4 Stunde lang zu erhitzen; bei resistenten, allerdings selteneren Krankheitskeimen — nicht Sporen — wird jedoch eine Erhitzung auf 95° erforderlich sein. Derartig erhitzte Milch gerät freilich schwer in natürliche Säuerung und Labbildung; es ist infolgedessen für viele Zwecke wünschenswert, Edelkulturen der gewünschten Säuerungs- etc. Pilze zuzusetzen. Apparate, durch die mit Sicherheit 70 bezw. 95° erreicht werden können, sind demnach als ausreichend anzusehen. Man soll bei solchen Einrichtungen nicht mehr fordern als nötig ist, und vor allem nicht die Kampfmittel so einrichten und handhaben, als müßte man auch alle festesten und widerstandsfähigsten Sporen abtöten. Man soll auch nicht verlangen, daß alle Vollmilch pasteurisiert oder gar sterilisiert wird; das würde eine zu weitgehende Forderung sein. Die Abtötung von Krankheitskeimen in der Vollmilch hat wesentlichen Wert für die Kindermilch; die dafür hauptsächlich in Betracht kommenden Keime werden aber schon bei 65—68° in kurzer Zeit abgetötet.

In der Butter sind zurzeit, wenn sie genossen wird, die meisten ev. hineingelangten Krankheitskeime bereits abgetötet, ebenso im Käse; es braucht daher der Rahm nicht erhitzt zu werden. Dagegen halten sich die Keime in der Magermich lange, namentlich, wenn die Milchsäuregährung erschwert wird. Deshalb muß die Magermilch in der eben angegebenen Weise pasteurisiert oder sterilisiert werden, dies genügt aber sowohl nach den neueren Untersuchungen des Reichsgesundheitsamtes, als nach vielen, auch eigenen praktischen Erfahrungen, um die weitere Ausbreitung von Epidemien, z. B. Paratyphus, Typhus etc. mit Sicherheit zu verhüten.

Besondere Beachtung muß schließlich der schwierigen Klärung und unschädlichen Beseitigung der in mancher Hinsicht gefährlichen Molkereiabwässer zuteil werden, wofür eine bestimmte, alle Anforderungen überall erfüllende einwandsfreie Methode allerdings noch nicht gefunden ist.

Als Organe der Sanitätspolizei kommen bezüglich der Ueberwachung des Betriebes der Sammelmolkereien Kreisärzte und Kreistierärzte in Betracht, letztere namentlich für die Stallkontrolle. Die Zuziehung eines Molkereisachverständigen ist durchaus erwünscht, um auf der anderen Seite die Grenzen des praktisch Erreichbaren zu sichern.

Am zweckmäßigsten und allgemein wirksam wäre es, die sanitätspolizeiliche Beaufsichtigung der Sammelmolkereien durch besondere Polizeiverordnungen, womöglich im Verein mit dem ganzen Milchverkehr zu regeln. Diese Verordnungen müßten jedoch allgemein sein und sich nicht blos auf kleinere Bezirke erstrecken.

Die von dem Berichterstatter aufgestellten Leitsätze hatten folgenden Wortlaut:

„1. Die Einrichtung und der Betrieb von Sammelmolkereien bieten gegenüber den früheren Betriebsarten eine Menge hygienischer Fortschritte; sie bringen aber auch eine Reihe von Gefahren mit sich, die hauptsächlich darauf beruhen, daß durch die Sammelmolkereien leicht Epidemien verbreitet werden können und tatsächlich auch oft verbreitet sind.

2. Es handelt sich hierbei

a. um solche Krankheiten, die ihrem Ursprunge nach auf die krankhafte Milchquelle zurückzuführen sind und auf Tiere, zum Teil auch

auf Menschen verbreitet werden können, wie die Maul- und Klauenseuche, der Milzbrand, die Tuberkulose, sowie septische Erkrankungen, die Wutkrankheit und die Brustseuche (diese wohl nur auf Tiere übertragbar),

b. um Krankheiten, deren Keime durch Zufall in die Milch und die Molkereiprodukte gelangen, sich hier, besonders in der Milch, weiter entwickeln, gewissermaßen massenhaft ausgesät werden und oft explosionsartige Epidemien bei den Menschen erzeugen. Zu diesen Krankheiten gehören namentlich der Typhus, die Cholera, der Scharlach und die Diphtherie.

3. Die Maßregeln zur Bekämpfung der Uebertragung haben schon bei der Milchgewinnung und bei dem Milchtransport einzusetzen:

a. Es sollen möglichst nur gesunde und mit gesundem Futter gefütterte Kühe zur Milchgewinnung benutzt werden.

b. Es ist eine verständige Stallhygiene nach Möglichkeit durchzuführen; auch die Wasserversorgung muß eine einwandfreie sein.

c. Es darf bei der Milchgewinnung und bei dem Milchbetriebe nur gesundes Personal verwendet werden (Vorsicht bei Bazillenträgern).

d. Bei der Gewinnung der Milch ist die größte Sauberkeit sowohl in bezug auf die Milchtiere, als in bezug auf alle Melkeinrichtungen zu beobachten. Dasselbe gilt betreffs der Milchtransporte.

4. Besondere Maßnahmen sind namentlich bei der Behandlung der Milch in der Molkerei erforderlich:

a. Die Räume der Molkerei müssen bestimmten hygienischen Forderungen (gutes, reichliches Wasser, helle und luftige Räume mit abwaschbaren Wänden usw.) entsprechen.

b. Es sind Maßnahmen zu treffen, um etwaige Krankheitskeime in der Milch abzutöten.

In jeder Molkerei müssen deshalb die hierzu notwendigen Apparate und Einrichtungen vorhanden, sowie ihre sachgemäße Benutzung gewährleistet sein.

c. Bei Bearbeitung der Molkereiprodukte darf nur Personal Verwendung finden, das frei von ansteckenden und ekelerregenden Krankheiten oder deren Keimen ist.

Bei Anwendung dieser Maßregeln ist zu beachten, daß nur unbedingt notwendige sowie möglichst einfache, durchführbare und kontrollierbare zweckmäßige Maßnahmen — am besten durch [illegible] — getroffen werden, um die Existenzfähigkeit der Molkereien nicht zu untergraben, die ohnehin unter der Margarinekonkurrenz schwer zu leiden haben.

d. Die Beseitigung der Schmutzwasser ist hygienisch einwandfrei zu gestalten.

5. a. Die regelmäßige Ueberwachung der in bezug auf die Molkereien angeordneten Maßnahmen muß durch unvermutete Besichtigungen erfolgen, die mindestens einmal im Jahre durch ein Organ der [illegible] Polizeiverwaltung unter Zuziehung des Kreisarztes und Kreistierarztes, wenn möglich auch eines Molkereibetriebssachverständigen, auszuführen sind.

b. Die Ueberwachung hat sich auch auf die Art der Gewinnung und des Transportes der an die Molkereien gelieferten Milch und der [illegible] der Anforderungen (siehe Nr. 3) zu erstrecken. Dieses ist im wesentlichen Sache des Tierarztes und nur in bezug auf den Gesundheitszustand des Personals Sache des Arztes."

Diskussion.

H. Reg.-Präsident Dr. v. Borries ersucht zunächst Herrn Dr. [illegible] um Auskunft über das [illegible] Tuberkulose-Tilgungs-Verfahren.

H. Dr. [illegible]: Das Verfahren bezweckt eine möglichst [illegible] Anzucht des [illegible]. Die Feststellung der Tuberkulose geschieht [illegible] durch die [illegible] und [illegible] Untersuchung [illegible] durch das [illegible] allein [illegible] [illegible] auf [illegible] [illegible] [illegible] nicht [illegible] der [illegible] [illegible] Tiere werden von der Milchgewinnung ausge-

Bereiche der Landwirtschaftskammer von Westfalen sind nach dem Ostertagschen Verfahren etwa 17000 Stück Rindvieh untersucht. Mit dem Verfahren läßt sich eine Stallkontrolle verbinden.

H. Reg.-Präsident Dr. v. Borries fragt weiter, wie sich praktisch die Durchführung des Ostertagschen Verfahrens gestalte, und ob sich etwa der Erlaß einer Polizeiverordnung zur Einführung des Verfahrens für Milchlieferanten empfehlen würde.

H. v. Vogelsang: Betreffs der Kosten und der Durchführbarkeit der Stallkontrolle und des Tuberkulose-Tilgungsverfahrens hat der Vorstand der Genossenschaftsmolkerei in Bielefeld bereits mit der Tierseuchenstelle der Landwirtschaftskammer dahin verhandelt, daß diese beide Arbeiten für den niedrigen Preis von 2 Mark pro Tier und Jahr ausführen will, falls die Genossenschaft als Ganzes beitritt und auch die Auszahlung der Beträge übernimmt. Selbst wenn pro Kuh nur der sehr niedrige Jahresertrag von 2000 Liter angenommen wird, so würde damit die Milch in ihrer Produktion nur um ein zehntel Pfennig pro Liter erhöht und eine Preissteigerung daraus also nicht zu rechtfertigen sein, während anderseits die Landwirte den Vorteil hätten, daß sie allmählich und ohne schwere Verluste ihre Viehbestände von Tuberkulose befreien und vor allem wieder tuberkelfreies Jungvieh aufziehen könnten. Die Stallkontrolle, die sich wiederum auf die sehr strengen Vorschriften der Genossenschaft über Behandlung und Gesundheit des Viehes, über seine Pfleger und über die Behandlung der Milch während und nach der Gewinnung stützen könnte, ist nach der Vereinbarung mit der Tierseuchenstelle derart gedacht, daß diese Behörde in der Hauptsache nur die einmalige klinische Untersuchung der einzelnen Tiere jährlich sowie die mikroskopische und bakteriologische Untersuchung der Gesamtprobe jeden Stalles in Zwischenräumen von längstens 3 Monaten vorzunehmen hat, daß dagegen die eigentliche Stallkontrolle den Herren Kreistierärzten gegen eine Vergütung von 1,50 M. pro Tier und Jahr zufallen solle, so daß der Tierseuchenstelle für ihre Arbeiten nur 50 Pf. verbleiben würden, eine Summe, die um so niedriger erscheint, als beim Vorhandensein von Tuberkelbazillen in der Gesamtmilch die Milchproben jeder einzelnen Kuh zu untersuchen sind, um dasjenige oder diejenigen Tiere herauszufinden, die Bazillen in die Milch ausscheiden. Ist durch die Stallkontrolle und das Tilgungsverfahren erst einmal dafür gesorgt, daß die Milch in möglichst gutem Zustande angeliefert wird, so sollen die Einrichtungen der Genossenschaftsmolkerei dazu dienen, die Milch nochmals nachzureinigen, in ihr durch eine Dauererhitzung auf 65° während einer Viertelstunde alle pathogenen Keime abzutöten und sie dann durch Tiefkühlung in einem Zustand zum Verbrauch zu bringen, der, soweit denkbar, als einwandfrei zu bezeichnen sein würde, zumal, wenn sich die Konsumenten allmählich dazu entschließen würden, die Milch in Flaschen zu beziehen und dafür den geringen Preisaufschlag von 2 Pfennig pro Liter zu bewilligen, der durch die Unkosten bedingt ist. Für den freihändigen Verkauf in der Stadt hat die Molkerei besondere Bassinwagen mit verschlossenen Zapfhähnen, die äußerlich die Aufschrift des Inhaltes tragen. Um gewiß zu sein, daß der ganze Betrieb auch dauernd in dem Sinne geführt wird, in dem er errichtet wurde, hat die Genossenschaft mit der Stadt einen Vertrag abgeschlossen, der auch die Billigung des Herrn Regierungspräsidenten gefunden hat und dahin geht, daß der gesamte Betrieb der dauernden Kontrolle des zuständigen Kreisarztes und Kreistierarztes sowie des städtischen Nahrungsmittel-Untersuchungsamts unterstellt ist. Die Stadtverwaltung hat also die Gewißheit, daß nur saubere und gesunde Milch aus der Molkerei kommt, während auch die schärfste Kontrolle der Milch auf der Straße über diese beiden Punkte keine Auskunft gibt. Das Nahrungsmittelamt hat im besonderen die Untersuchung der von den einzelnen Genossen angelieferten Milch übernommen, die unvermutet, mindestens monatlich zweimal zu erfolgen hat, um die Genossenschaft dagegen zu schützen, daß sie von gewissenlosen Mitgliedern betrogen wird, und daß die Gesamtmilch nicht durch schlechte Lieferung einzelner Lieferanten leidet. Außerdem kontrolliert das Nahrungsmittelamt durch dauernde Untersuchungen die ausgehende Sammelmilch; sie sichert dadurch die Konsumenten gegen die Verausgabung einer minderwerten Milch und erspart gleichzeitig der Polizeiverwaltung eine weitere Untersuchung der Molkereimilch auf der Straße. Gerade die Abmachungen mit dem Nahrungs-

mittelamte in Verbindung mit Stallkontrolle und Tilgungsverfahren sichern der Stadt eine Milch, wie sie besser nicht gedacht werden kann. Die getroffenen Maßregeln haben sich auch bereits sehr bewährt, denn die „behördliche" Kontrolle der eingehenden Milch hat veranlaßt, daß erst in einem einzigen Falle nicht einwandfrei angelieferte Milch festgestellt wurde, während die Untersuchung der ausgehenden Sammelmilch einen so hohen und gleichmäßigen Fettgehalt (3,24—3,3) aufwies, wie er eben nur aus dem Gemisch der verschiedensten Stallungen entstehen kann, weil sich in dem Sammelbassin eben die Verschiedenheiten ausgleichen, die innerhalb der einzelnen Stallungen unvermeidlich sind (Brunst, Laktationsperiode, Futter etc.).

H. Dr. Fürstenau schließt sich dem Vorredner an.

H. Veterinärrat Dr. Kampmann bemerkt: Eine energischere Bekämpfung der Tuberkulose wird mit dem Inkrafttreten des neuen Viehseuchengesetzes einsetzen. Von Wichtigkeit ist es, die Schweine, die hauptsächlich mit Magermilch aufgezogen werden, vor der Infektion zu schützen. Daher ist besonders die Magermilch zu desinfizieren.

H. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich fragt an, ob sich latente Tuberkulose besonders beim Schweine durch Tuberkulin-Impfungen feststellen lasse.

H. Veterinärrat Dr. Kampmann erwidert, daß die Impfungen ein sicheres Resultat noch nicht ergeben hätten.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund bemerkt, daß, soweit es sich um die Uebertragung menschlicher Krankheiten durch die Milch handle, hauptsächlich der Typhus in Frage komme, und daß die Gefahr einer Infektion der Milch mit Typhuskeimen gerade durch die Stallkontrolle wesentlich herabgemindert werden könne. Er halte daher deren Durchführung bei allen Milchlieferanten, auch bei den sog. wilden Milchlieferanten, für notwendig. In Dänemark müßten die Milchlieferanten jedes Auftreten einer übertragbaren Krankheit in ihrer Familie der betreffenden Molkerei sofort anzeigen; sie würden dann von der Lieferung ausgesperrt und für den ihnen dadurch erwachsenden Schaden voll entschädigt. Dies Verfahren habe sich sehr bewährt und verdiene Nachahmung; jedenfalls müsse beim Vorkommen übertragbarer Krankheiten in den Familien von Milchproduzenten seitens der Ortspolizeibehörde stets festgestellt werden, ob und wohin von diesen Milch nach auswärts geliefert werde.

H. Oberbürgermeister Dr. Stapenhorst-Bielefeld hält ebenfalls eine Stallkontrolle für durchaus notwendig und auch für durchführbar. Im Vergleich zu dem Werte der für die Stadt Bielefeld zu liefernden Milch seien die durch die Stallkontrolle entstehenden Kosten ganz unbedeutend. Eine diesbezügliche Polizeiverordnung habe jedoch nur Zweck, wenn sie für einen großen Bezirk, mindestens für einen Regierungsbezirk, erlassen werde.

H. Reg.-Präsident Dr. v. Borries hält eine regelmäßige Stallkontrolle für kleinere Orte der Kosten wegen für schwierig; er fragt, ob sich die von Typhusbazillenträgern ausgehenden Gefahren durch die Stallkontrolle beseitigen lassen.

H. Geh. Rat Prof. Dr. Rapmund bejaht dieses, da sich die Kontrolle auch auf den Gesundheitszustand des Personals, die Wasserversorgung etc. ausdehnen müsse.

H. Oberbürgermeister Dr. Stapenhorst bittet den Herrn Regierungspräsidenten, den Erlaß einer entsprechenden Polizeiverordnung für den Bezirk der Städte Bielefeld, Minden, Herford, Gütersloh und Paderborn in Erwägung zu ziehen.

H. Geh. Rat Prof. Dr. Rapmund schließt sich dem Vorredner an.

H. Veterinärrat Dr. Kampmann äußert Bedenken wegen der Kosten.

H. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich weist darauf hin, daß der Tierarzt allem Anschein nach bei der Stallkontrolle auch auf Merkmale achten solle, die darauf hindeuten, daß die Gefahr der Uebertragung einer menschlichen Krankheit durch den Stallbetrieb vorhanden sei. Diese Art der sanitätspolizeilichen Revision der Ställe durch den Tierarzt in bezug auf die Menschenkrankheiten sei nicht unbedenklich.

H. Geh. Rat Prof. Dr. Rapmund erwidert, daß der revidierende Veterinärbeamte Fragen nach dem Gesundheitszustande des Stallpersonals stellen

und einen bezüglichen Fragebogen ausfüllen könne. Das hierbei anzuwendende Verfahren soll einer sorgfältigen Durchberatung durch den Regierungs- und Medizinalrat und den Veterinärrat unterzogen werden. Sobald die Beantwortung der gestellten Fragen den Verdacht auf das Vorhandensein einer menschlichen Krankheit erwecke, müsse ärztliche Untersuchung eintreten.

H. Reg.-Präsident Dr. v. Borries sagt eine weitere Prüfung der Angelegenheit zu und fragt, ob eine Pasteurisierung der Magermilch durch Erhitzen auf 70° C. für 15 Minuten mehr Vorteile als Nachteile habe.

H. Geh. Rat Prof. Dr. Rapmund bejaht dieses, soweit die menschliche Gesundheit in Frage komme.

H. v. Vogelsang bemerkt, daß Veränderungen der Milch bei 70° C. noch nicht auftreten, wohl aber beim Erhitzen auf 72°.

Damit wird die Diskussion geschlossen.

II. Austausch von Erfahrungen bei der Durchführung des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905. Berichterstatter: Kreisarzt Dr. Angenete-Lübbecke.

Die Erfahrungen, die seit dem Erlaß der Ausführungsbestimmungen zu dem preußischen Seuchengesetz vom 28. August 1905 und dem Reichsseuchengesetz vom 30. Juni 1900 bei der Durchführung dieser Gesetze im Reg.-Bez. Minden gemacht sind, erstrecken sich lediglich auf die Bekämpfung der einheimischen übertragbaren Krankheiten: Unterleibstyphus, Diphtherie, Scharlach, Lungen- und Kehlkopftuberkulose sowie übertragbare Ruhr und Kindbettfieber; die übrigen in den angeführten Gesetzen benannten Krankheiten sind entweder gar nicht oder nur ganz vereinzelt vorgekommen. Die Anzeige der Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten, besonders die Meldung über die im Regierungsbezirk häufigsten Krankheiten, Diphtherie und Scharlach, sowie über die Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose geschieht noch nicht überall in dem Umfange, wie es durch das Gesetz vorgeschrieben und zu einer wirksamen Bekämpfung dieser Krankheiten notwendig ist. Während seitens der zugezogenen Aerzte jetzt der Anzeigepflicht verhältnismäßig gut genügt wird, hat sich die Bestimmung, nach der in bestimmten Fällen dem Haushaltungsvorstande die Anzeigepflicht obliegt, in der Praxis als gänzlich illusorisch erwiesen. In dem Wirkungskreise des Berichterstatters ist bisher kein Fall von übertragbaren Krankheiten seitens eines Haushaltungsvorstandes aus eigenem Antriebe gemeldet worden, obwohl, wie Ermittelungen ergeben haben, jahraus, jahrein zahlreiche Fälle von Diphtherie und Scharlach sowie Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose den Aerzten unbekannt geblieben sind. Sehr wichtig ist daher eine Verfügung des Herrn Regierungspräsidenten vom 16. Februar 1910, nach der die Standesbeamten nicht blos in den Orten, in denen die obligatorische Leichenschau eingeführt ist, sondern auch in den Orten mit weniger als 2000 Einwohnern, in denen diese noch nicht besteht, in wöchentlichen Nachweisungen die Todesfälle an übertragbaren Krankheiten dem Kreisarzte mitzuteilen haben. Diese wöchentlichen Mitteilungen haben sich als Kontrolle über die Erfüllung der Anzeigepflicht durchaus bewährt. Vor Erlaß dieser Verfügung hatte der Berichterstatter einen Amtmann seines Kreises bereits ersucht, die Haushaltungsvorstände, die standesamtlich Todesfälle an Lungentuberkulose meldeten, zu gleichzeitiger polizeilicher Anzeige dieser Todesfälle zu veranlassen. Die Wirkung dieser Anregung zeigt am besten die Zahl der in den einzelnen Jahren zur amtlichen Kenntnis gelangten Todesfälle an Tuberkulose; es wurden nämlich gemeldet in den Jahren 1906: 10, 1907: 18 und 1908: 18 1909 dagegen: 43 und 1910: 33. Von diesen sind im Jahre 1909: 16, d. h. 41,5% und im Jahre 1910: 8, also fast ein Viertel der Fälle lediglich durch die Standesämter bekannt geworden. Wie die stets vorgenommenen Nachforschungen ergaben, befanden sich alle diese Fälle nicht oder nicht mehr in ärztlicher Behandlung, so daß Aerzte wegen Unterlassung der Anzeige nicht zur Verantwortung gezogen werden konnten. Nach den bisherigen Erfahrungen erscheint es jedoch notwendig, daß in die standesamtlichen Wochennachweisungen sämtliche vorgekommenenen Todesfälle und nicht nur die infolge von übertragbaren Krankheiten aufgenommen werden, da bei Lungentuberkulose-Todesfällen oft als Todesursache Brustkrankheit, Brustleiden, Auszehrung,

Lungenkatarrh u. dergl. angegeben wird. In diesen Fällen geht aber nicht immer eine standesamtliche Meldung an den Kreisarzt. Ebenso wird bei Scharlach oft als Todesursache der harmlose Ausdruck „Frieseln" angegeben.

Für die Kontrolle der Kindbettfiebererkrankungen hat sich die den Hebammen gemäß ihrem Beruf obliegende Anzeige von Temperatursteigerungen über 38° bewährt. Die Anzeige der Typhusfälle geschieht nach den Erfahrungen des Berichterstatters seitens der Aerzte in gesetzmäßiger Weise. In den meisten Fällen wird jedoch erst nach Sicherung der Diagnose die Anzeige erstattet, wodurch für die wirksame Bekämpfung fast immer kostbare Zeit unbenutzt verstreicht. Es hat sich daher die Einführung der Anzeigepflicht für Verdachtsfälle von Typhus als notwendig erwiesen. Das Gleiche trifft für die übertragbare Genickstarre zu.

Den Ermittelungen der beamteten Aerzte wegen Typhus, Kindbettfieber usw. sind Schwierigkeiten nicht bereitet. Ermittelungen bei ersten Fällen von Scharlach, Diphtherie oder Körnerkrankheit auf Ersuchen der Ortspolizeibehörde haben nicht stattgefunden, da andere erste Meldungen als von Aerzten nicht erfolgt sind; es fehlte deshalb bislang für die beamteten Aerzte jede Veranlassung, unmittelbar an der Bekämpfung dieser Krankheiten mitzuwirken. Infolge der erheblichen Zunahme dieser Erkrankungen in allen Kreisen des Regierungsbezirks ist dann vom Herrn Regierungspräsidenten durch Verfügung vom 8. Juni 1909 allgemein angeordnet, daß die Kreisärzte in allen ersten Krankheitsfällen von Diphtherie und Scharlach sofort die erforderlichen Ermittelungen an Ort und Stelle anstellen sollen. Diese Maßregel hat den Kreisärzten die Möglichkeit gegeben, rechtzeitig einer epidemischen Ausbreitung der Diphtherie vorzubeugen; für Scharlach waren die Erfolge nicht so auffallend. Besonders wertvoll erwiesen sich zur Ermittlung der Diphtherie die bakteriologischen Untersuchungen. die sich nicht nur auf die Erkrankten und ihre Angehörigen, sondern auch auf die Kinder, die in der Schule in der Nähe der Erkrankten gesessen haben, erstrecken sollen; diese letzteren werden dann so lange vom Schulbesuch ausgeschlossen, bis durch das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung dargetan ist, daß sie nicht erkrankt sind.

Im letzten Teile seines Vortrages besprach der Berichterstatter seine Erfahrungen über die Erfolge der angeordneten Schutzmaßregeln. Eine wirksame Absonderung der Kranken ist wegen der beschränkten Wohnungsverhältnisse nicht durchweg möglich gewesen. Bei Typhus ist man zwar leichter geneigt, die Kranken den Krankenhäusern zuzuführen, falls die Entfernung nicht allzuweit ist; bei Diphtherie und Scharlach scheitert aber die Ueberführung meist an dem Widerstande der Eltern, oder sie ist nicht mehr angezeigt, weil bei Diphtherieerkrankungen infolge von Seruminjektionen ein schneller Abfall der Krankheitserscheinungen eintritt. Gerade bei diesen Fällen hat sich nun die Notwendigkeit einer Aufrechterhaltung der Absonderung erwiesen, da mit dem Zurückgehen der Krankheitssymptome nicht immer die bakteriologische Genesung, d. h. das Verschwinden der Bazillen aus dem Rachenschleim eintritt. Damit nun nicht durch zu frühe Wiederzulassung der Bazillenträger zum Schulbesuch eine Weiterverbreitung der Krankheit erfolgt, hat der Berichterstatter durch Vermittlung der Ortspolizeibehörde eine wiederholte bakteriologische Untersuchung der durch die Ermittelungen als Bazillenträger festgestellten Schulkinder veranlaßt und mit Hilfe der behandelnden Aerzte durchzuführen versucht. Für diese Nachuntersuchungen konnten jedoch nur die vom Kreisarzt festgestellten Fälle, d. h. die ersten Erkrankungen in einer Ortschaft in Betracht kommen; es erscheint aber eine allgemeine Nachuntersuchung erstrebenswert, so daß an Diphtherie erkrankt gewesene Kinder und ihre gesunden Geschwister sowie andere gesunde Bazillenträger erst dann wieder zum Schul- und Unterrichtsbesuche zugelassen werden dürfen, wenn sie durch das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung als bazillenfrei befunden sind. Die Durchführung einer solchen Maßregel dürfte allerdings nur durch verständnisvolle, freiwillige Mitarbeit der praktischen Aerzte möglich sein.

Die Ueberführung in Krankenhäuser würde häufig leichter auszuführen sein, wenn in jedem Kreise geeignete Beförderungsmittel zur Beförderung von Kranken zu billigem Preise zur Verfügung ständen. Die jetzt

dazu meist verwendeten Fuhrwerke sind ungeeignet, da sie im allgemeinen nur schwer desinfizierbar sind.

Schießlich wurde noch auf die Notwendigkeit einer strengeren Durchführung der Vorschriften über die Behandlung von Leichen hingewiesen, da mehrfach durch gesetzwidrige Begleitung der Leichen an Diphtherie oder Scharlach verstorbener Personen durch Schulkinder, sowie durch Abhaltung von Leichenschmäusen bezw. Leichenfeierlichkeiten im Sterbehause die Ausbreitung der Krankheiten erheblich befördert worden ist.

Der Berichterstatter hatte seine Ausführungen in folgende Leitsätze zusammengefaßt:

I. Anzeigepflicht. 1. Die Anzeige der Erkrankungs- und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten geschieht seitens der dazu Verpflichteten (Arzt, Haushaltungsvorstand usw.) noch nicht überall in dem Umfange, wie es durch das Gesetz vorgeschrieben und zu einer wirksamen Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten notwendig ist. Besonders lückenhaft ist die Meldung über die im Regierungsbezirk häufigsten Krankheiten, Diphtherie und Scharlach, sowie über Todesfälle an Lungen- und Kehlkopftuberkulose, soweit sie nicht oder nicht mehr in ärztlicher Behandlung sind.

2. Die wöchentlichen Mitteilungen der Standesbeamten über die Todesfälle infolge übertragbarer Krankheiten gemäß der Verfügung des Herrn Regierungspräsidenten vom 16. Februar 1910 — 279 I. M. P. — haben sich als Kontrolle über die Erfüllung der Anzeigepflicht durchaus bewährt. Es ist notwendig, daß in den Nachweisungen sämtliche vorgekommenen Todesfälle und nicht nur die infolge von übertragbaren Krankheiten aufgeführt werden.

3. Die Einführung der Anzeigepflicht für Verdachtsfälle von Typhus und übertragbarer Genickstarre erscheint notwendig.

II. Ermittelung der Krankheit. 4. Die Anordnung des Herrn Regierungspräsidenten vom 8. Juni 1909 — 1349 I M. —, gemäß welcher die Kreisärzte in allen ersten Krankheitsfällen von Diphtherie und Scharlach an Ort und Stelle die erforderlichen Ermittelungen anzustellen haben, hat den Kreisärzten in vielen Fällen die Möglichkeit gegeben, rechtzeitig einer epidemischen Ausbreitung dieser Krankheiten, besonders der Diphtherie, vorzubeugen.

5. Die Verhütung der Weiterverbreitung der Diphtherie gelingt nur dann, wenn der zuerst gemeldete Fall tatsächlich der erste Fall der Ortschaft war und nicht in vorhergegangenen Fällen die Anzeige entweder aus Unkenntnis oder aus Indolenz seitens des Haushaltungsvorstandes, da ein Arzt nicht zugezogen wurde, unterblieben war.

6. Bakteriologische Untersuchungen sind möglichst in jedem hierzu geeigneten Falle im weitesten Umfange zu veranlassen.

III. Schutzmaßregeln. 7. Eine wirksame Absonderung der Kranken in der Behausung ist wegen der beschränkten Wohnungsverhältnisse nicht durchweg möglich gewesen. Die alsdann vorgeschlagene Ueberführung in ein Krankenhaus scheitert auf dem platten Lande meist an dem Widerstande der Eltern, falls nicht ein operativer Eingriff (z. B. Luftröhrenschnitt bei Diphtherie) notwendig ist.

8. Die Bereitstellung geeigneter Beförderungsmittel für Kranke ist möglichst in jedem Kreise anzustreben.

9. Die Vorschriften über die Behandlung von Leichen bedürfen genauerer Beachtung als bisher, da mehrfach durch gesetzwidrige Begleitung an Diphtherie oder Scharlach verstorbener Personen durch Schulkinder sowie durch Abhaltung von Leichenschmäusen bezw. Leichenfeierlichkeiten im Sterbehause die Ausbreitung der Krankheiten erheblich befördert ist.

10. Es ist anzustreben, daß an Diphtherie erkrankt gewesene Kinder und ihre gesunden Geschwister, sowie andere gesunde Bazillenträger erst dann wieder zum Schul- und Unterrichtsbesuche zugelassen werden, wenn sie durch das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung als bazillenfrei befunden sind.

Diskussion:

H. Geh. Rat Prof. Dr. Rapmund bemerkt, daß die Verfügung vom 16. Februar 1910, nach der die Standesbeamten wöchentlich eine Nachweisung der ihnen gemeldeten Todesfälle an übertragbaren Krankheiten den Kreis-

ärzten einzusenden haben, nicht in allen Bezirken gleichmäßig gehandhabt würde, indem die Standesämter in einigen Kreisen alle Todesfälle anzeigten, wie dies von dem Berichterstatter allgemein gewünscht werde. Er ersucht die Herren Kreisärzte, sich darüber auszusprechen, ob eine solche Ausdehnung der bisherigen Vorschrift notwendig sei. — Nach kurzer Debatte, an der sich die Kreisärzte Dr. Angenete-Lübbecke, Med.-Rat Dr. Kluge-Höxter, Med.-Rat Dr. Benthaus-Paderborn und Dr. Löer-Büren beteiligten, wird es für wünschenswert gehalten, daß sämtliche Todesfälle mitgeteilt werden, falls hierdurch nicht eine zu große Belastung der Standesämter verursacht werde.

H. Reg.-Präsident Dr. v. Borries fragt, welche Krankentransportmittel für ländliche Verhältnisse zu empfehlen seien.

H. Geh. Rat Dr. Rapmund erwidert, daß durch die zweckmäßige Befestigung von Krankentragen zwischen den Leitern eines Leiterwagens sich eine auch für etwas weitere Entfernungen genügende Krankentransportvorrichtung verhältnismäßig leicht herstellen lasse.

H. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich teilt mit, daß in einigen ländlichen Kreisen der Provinz Hannover der Kreis fahrbare Krankentragen und Krankenautomobile für den Transport von Kranken in das Kreiskrankenhaus beschafft habe. In anderen Kreisen habe der Vaterländische Frauenverein, in anderen der Männerverein vom Roten Kreuz solche Wagen für die Krankenbeförderung beschafft. Die Erfahrungen, die mit diesen Fahrzeugen gemacht worden, seien gute.

H. Reg.-Präsident Dr. v. Borries fragt weiter nach der Ausbreitung der Tuberkulose in den einzelnen Bezirken.

H. Kreisarzt Dr. Angenete hat die Beobachtung gemacht, daß rein ländliche Bezirke weniger verseucht seien.

H. Kreisarzt Med.-Rat Dr. Sudhölter erwidert, daß die Verteilung im Kreise Minden ganz verschieden sei.

H. Geh. Rat Dr. Rapmund bemerkt, daß der nördliche Teil des Rei gierungsbezirks erheblich stärker befallen sei, als der südliche. Dieses se teils auf das Vorwiegen der Zigarrenindustrie, teils auf die im nördlichen Teile herrschende Inzucht zurückzuführen. Auffallend sei das Ueberwiegen der der Tuberkulose des weiblichen Geschlechtes. Als Ursache sei das zu lange Stillen der Kinder bis zum 2., selbst bis zum 4. Jahre, häufigere, oft schnell aufeinander folgende Schwangerschaften, sowie die ungenügende Schonung vor und nach der Entbindung anzusehen. Die Kindersterblichkeit sei im nördlichen Teile geringer, als im südlichen. Es werde daher manches Kind mit latenter Tuberkulose aufgezogen, bei dem die Krankheit dann später zur Entwicklung komme.

H. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich gibt seiner Befriedigung über die im Reg.-Bez. Minden vorgeschriebene Art der Bekämpfung der Diphtherie und des Scharlach Ausdruck; insbesondere hält er die Vornahme von örtlichen Ermittelungen durch die Kreisärzte bei den ersten Krankheitsfällen für sehr zweckmäßig. Er fragt sodann an, wer bei Diphtherie die Entnahme des Rachenschleimes nach Ablauf der Krankheit zwecks bakteriologischer Untersuchung besorgt, und ob eine zweimalige Untersuchung für ausreichend erachtet werde. Es liege die Schwierigkeit vor, daß besonders bei den zahlreichen Kontrolluntersuchungen der Gesunden die Arbeit für die Aerzte oder Kreisärzte sehr erheblich werden könne. Auch die Kostenfrage komme in Betracht.

H. Kreisarzt Dr. Angenete entgegnet, daß die Probeentnahme vorwiegend durch den behandelnden Arzt bei gelegentlicher Anwesenheit in den betreffenden Ortschaften geschehe.

H. Kreisarzt Med.-Rat Dr. Nünninghoff-Bielefeld bemerkt, daß in seinem Amtsbezirk z. T. auch die Desinfektoren die Probe entnähmen.

H. Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Dietrich trägt Bedenken, ob die Desinfektoren hierzu geeignet seien.

H. Kreisarzt Med.-Rat Dr. Nünninghoff erwidert, daß sich die Einrichtung praktisch bewährt habe. Die Desinfektoren würden in den Desinfektorenschulen darin unterrichtet, das Hauptuntersuchungsmaterial aus dem Halse der Kinder zu entnehmen.

H. Geh. Rat Dr. Rapmund hält eine zweimalige bakteriologische

Untersuchung im allgemeinen für ausreichend, falls beide Male keine Diphtheriebazillen gefunden würden.

III. Besprechung der neuen Dienstanweisung. Der Berichterstatter, Kreisarzt Dr. Löer-Büren, hatte in Form von Leitsätzen, die den Teilnehmern vor der Versammlung zugesandt waren, diejenigen Bestimmungen zusammengestellt, die durch die neue Dienstanweisung und die inzwischen erlassenen Gesetze, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten vom 14. Juli 1909 und die Reisekosten der Staatsbeamten vom 26. Juli 1910 abgeändert worden sind, außerdem die für den Reg.-Bez. Minden geltenden Sonderbestimmungen.

Mit Rücksicht auf die bereits weit vorgeschrittene Stunde wurde auf Vorschlag des Herrn Vorsitzenden auf die Erstattung des Referats verzichtet und die einzelnen Abschnitte zur Diskussion gestellt.

H. Geh. Rat Dr. Rapmund bemerkte zum Abschnitt XXVIII, daß das Verzeichnis der Krüppelkinder auf Grund der im Jahre 1906 vorgenommenen Erhebungen aufzustellen sei.

H. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich weist darauf hin, daß die Ergänzung des Verzeichnisses nach § 103a der Dienstanweisung durch Nachfrage bei den Gemeindevorstehern, Lehrern, Geistlichen und sonstigen Auskunftspersonen zu geschehen habe.

Damit wurde die Diskussion beendet und die Versammlung geschlossen. Nach derselben fand ein gemeinsames Essen in der Ressource statt.

Dr. Löer-Büren.

Bericht über die am 7. Dezember 1910 in Tilsit (Stadtverordneten-Sitzungssaal) abgehaltene amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Gumbinnen.

An der Versammlung nahmen teil: der Reg.-Präs. Dr. Stockmann-Gumbinnen, Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner-Berlin als Vertreter des Herrn Ministers, Landrat Schlenther, Oberbürgermeister Pohl-Tilsit, Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen, Reg.-Assessor v. Jerin-Gumbinnen, Stadtrat Quentin-Tilsit, sowie sämtliche Kreisärzte und Kreisassistenzärzte des Bezirks mit Ausnahme der behinderten Kreisärzte von Gumbinnen und Insterburg, die staatsärztlich geprüften Aerzte Dr. Bandisch-Tilstit, Dr. Kuehnlein u. Dr. Scheu-Heydekrug, die San.-Räte Dr. Vangehr und Dr. Wolff, der Leiter der Cholera-Ueberwachungsstation Dr. Herzfeld und der Vorsteher der Nahrungsmitteluntersuchungsstelle Dr. Braun, sämtlich aus Tilsit.

Vor der Eröffnung der Versammlung fand die Besichtigung der neuerbauten und im Jahre 1907 eröffneten Provinzial-Taubstummenanstalt unter Führung ihres Direktors Schulz statt Die Anstalt wird besucht von 62 Mädchen und 96 Knaben, die in Pensionaten in der Stadt untergebracht sind. Von diesen 158 Kindern sind 137 Freizöglinge, 7 Zahlpfleglinge, darunter 4 Fürsorgezöglinge, 11 Freischüler und 3 Schulgeld zahlende Schüler. Jährlich treten 18—21 neue Schüler in 3 Gruppen hinzu; die unterste Klasse behält sie zwei Jahre unter einem Klassenlehrer, dann tritt eine Scheidung für die gut begabten und wenig begabten Kinder ein. 7 B-Klassen und 7 A-Klassen, aufsteigend, so daß im ganzen 17 Klassen vorhanden sind. Die Anzahl der Schulkinder in den einzelnen Klassen schwankt zwischen 6 und 13. Vom 3. Schuljahre treten nach und nach andere Lehrer in den Unterrichtsplan ein. Der ganze Lehrgang dauert 8 Jahre. Mit dem 4. Schuljahre tritt Zeichenunterricht hinzu, der von zwei besonderen Lehrern gegeben wird. Mit dem 5. Schuljahr Handfertigkeitsunterricht für die Knaben: Papp- und Hobelarbeiten. Seit 1907 ist der Modellierunterricht eingeführt, der dem Musikunterricht in den Blindenanstalten entsprechen soll. Für die Mädchen beginnt der Handfertigkeitsunterricht vom 1. Jahre an; 8 Mädchen der oberen Klassen nehmen an einem Koch- und Haushaltungsunterricht teil. Die Zöglinge bekommen in der Anstalt wöchentlich je ein Brausebad. Auch werden medizinische Bäder je nach Bedarf verabfolgt. Es wurden die verschiedenen Räume der Anstalt in Augenschein genommen. Im Kellergeschoß: die Kochschule, das Brausebad, die Tischlerei, Abortanlage. Heizungsanlage, Wirtschaftsräume; im Grundgeschoß, im 1. u. 2. Stock: die Unterrichtsräume und Handfertigkeitssäle, der Zeichensaal, die

Bücherei, der Konferenzsaal usw. Großes Aufsehen erregten die Papp- und Tischlerarbeiten der Zöglinge, insbesondere aber die Modellierarbeiten. Dem Unterricht wurde in einer unteren Klasse (8 Zöglinge), in einer mittleren und der 1. Klasse beigewohnt. In letzterer wurden die Begriffe Kapital, Kapitalist richtig erklärt und leichte Zinsrechnungen richtig gelöst. An der Anstalt wirken außer dem Direktor 18 ordentliche Lehrer, 2 ordentliche Lehrerinnen und eine technische Lehrerin, zusammen 22 Lehrkräfte.

H. Reg.-Präs. Dr. Stockmann eröffnete hierauf im Stadtverordnetensitzungssaal die Versammlung und begrüßte zunächst die Herren Geheimrat Prof. Dr. Kirchner, Landrat Schlenther, Oberbürgermeister Pohl und Stadtrat Quentin, sodann widmete er dem verstorbenen Reg.- u. Med.-Rat Dr. Döpner warme Worte des Gedenkens. Die Versammlung ehrte dessen Andenken durch Erheben von den Plätzen. Nachdem der Herr Regierungspräsident dem Reg.- u. Med.-Rat Dr. Janssen die Leitung der Versammlung übertragen und dieser den Kreisassistenzarzt Dr. Heimbucher mit dem Schriftführeramt beauftragt hatte, wurde in die Tagesordnung eingetreten.

I. Ueber die bei der Bekämpfung der Cholera im Jahre 1909 gemachten Beobachtungen und Erfahrungen. a. Der Berichterstatter, Kreisarzt Dr. Franz in Heinrichswalde, führte aus, daß im Reg.-Bez. Gumbinnen 33 Choleraerkrankungen amtlich festgestellt sind; 16 davon entfielen auf die Kreise Heydekrug und Niederung, 1 auf den Landkreis Tilsit. Von diesen Fällen verliefen 8 tödlich, 4 waren schwer, 5 mittelschwer und 9 leichterer Natur; 7 betrafen lediglich Bazillenträger. Besonders schwere Fälle, auf die der Ausdruck Cholera gravis paßt, wurden nur ganz vereinzelt beobachtet; die Hauptmasse bildeten die leichteren; hier traten lediglich die Symptome eines mehr oder minder stark ausgeprägten Darmkatarrhs zutage. Dahingerafft von der Krankheit sind fast ausschließlich Greise, altersschwache Personen und ein Säugling. Diese Todesfälle bildeten mit einer Ausnahme die Anfangsglieder in der Kette der Erkrankungen. Die weiteren Fälle wurden leichter, bis schließlich das Auftreten der Bazillenträger das Erlöschen der Seuche voraussahnen ließ. Die Mortalität betrug 24,24 % gegen 50 % im Reg.-Bez. Königsberg.

Die Leichenöffnungen boten meist die für Cholera charakteristischen Befunde: pfirsichrote, schwappend gefüllte Därme mit stark injizierten Blutgefäßen, dünnem reiswasserähnlichem Inhalt; in einem von dem Referenten sezierten Falle waren jedoch nicht die geringsten Spuren einer Darmentzündung festzustellen, der Inhalt bestand aus gelbbreiigem Kot und dennoch war es ein Cholerafall, wie das Resultat der bakteriologischen Untersuchung bewies.

Die Anzeigepflicht wurde durch die Aerzte im allgemeinen gewissenhaft ausgeübt; besonderes Gewicht ist speziell bei ländlichen Verhältnissen jedoch darauf zu legen, daß die Polizeibehörden gemäß § 11 der Anweisung des Bundesrats immer wieder auf die bestehende Anzeigepflicht in öffentlichen Bekanntmachungen hinweisen, da die Zziehung eines Arztes auf dem Lande bei Erkrankungen des Magen- und Darmkanals nur in seltenen Fällen stattfindet.

Außerordentlich bewährt haben sich die Bestimmungen in den §§ 17 und 18 der Anweisung des Bundesrats bezüglich der Absonderung der erkrankten, krankheitsverdächtigen und ansteckungsverdächtigen Personen. Die betreffenden Gehöfte wurden in der Weise abgesperrt, daß Gendarmerieposten oder angemietete Mannschaften Tag und Nacht die Häuser bewachten. Im übrigen ist besonders Gewicht auf eine möglichst schleunige Unterbringung von Kranken und Krankheitsverdächtigen in besondere Baracken zu legen. Die Ansteckungsverdächtigen blieben meist auf den abgesperrten Gehöften in ihrer Wohnung zurück, nur vereinzelte wurden in den Cholerabaracken abgesondert. Die Dauer der Absonderung muß sich über 5 Tage nach Beendigung der Schlußdesinfektion erstrecken, als letzte Ansteckungsgelegenheit darf aber nicht die Wegschaffung des Kranken aus seiner Behausung angesehen werden.

Was die Behandlung der Cholerakranken anbetrifft, so empfehlen sich in erster Reihe subkutane warme Kochsalzinfusionen und häufige Verabreichung von starkem Kaffee sowie heiße Bäder. Bewährt haben sich auch Eingießungen physiologischer Kochsalzlösungen in den Darm, Einverleibung von Calomel, Bismut. subnitric. und Tannalbin.

Durch die Aerzte der Stromüberwachungsstellen sind Choleraerkrankungen unter den Schiffern und Flößern im Jahre 1909 nicht festgestellt. Dessenungeachtet werden die Ueberwachungsstellen ihren Wert behalten schon im Hinblick darauf, daß die Aerzte gemäß Anlage 9 der Anweisung des Bundesrats auch auf choleraverdächtige Erkrankungen unter den Bewohnern des Ufergebiets achten sollen. Von besonderer Wichtigkeit erscheint es jedoch auch, daß an den Stromübertrittstellen der in Betracht kommenden größeren russischen Stromläufe auf preußisches Gebiet bakteriologische Untersuchungsstellen eingerichtet werden, weil nur durch die Kotuntersuchung die Leichtkranken bezw. reinen Bazillenträger herausgefunden werden. Bei der Durchführung des Stromüberwachungsdienstes erwies es sich als notwendig, dem Merkblatt „Wie schützt sich der Schiffer vor Cholera“ einen leicht faßlicheren Wortlaut in deutscher und littauischer Sprache zu geben; auch fand ein ergänzender Zusatz bezüglich der Desinfektion des Erbrochenen statt.

Von weiteren Maßnahmen, die gegenüber der Cholera zur Durchführung gelangten, ist noch die Bestellung der sogenannten Gesundheitsaufseher auf den an den Strömen gelegenen industriellen Etablissements zu nennen, der landespolizeilich angeordnete Rücktransport der russischen Flößer von Tilsit sowie der Bade- und Desinfektionszwang für die Auswanderer-Kontrollstation. Bewährt hat sich ferner die Einrichtung von Gesundheitskommissionen aus Anlaß des Auftretens der Cholera im Kreise Heydekrug. Auch wird die Wiedereinführung der obligatorischen Leichenschau bei einem erneuten Auftreten der Cholera nicht entbehrt werden können.

Bezüglich des Desinfektionswesens wurde geltend gemacht, daß sich die Ausbildung eines der Bootsleute vom Cholera-Dampfer in der Dampf- und mechanischen Desinfektion durch den leitenden Arzt der Ueberwachungsstelle Lappienen außerordentlich bewährt hat. In den Desinfektorenschulen wird nach Ansicht des Referenten zuviel Wert auf die Formalin- und zu wenig auf die mechanische Desinfektion gelegt.

Der Kreisarzt ist während des Auftretens der Cholera voll und ganz durch diese in Anspruch genommen; es muß ihm daher ein Assistenzarzt zur Verfügung stehen, der seine sonstige amtliche Tätigkeit, soweit es zweckdienlich ist, ausübt.

b. Kreisarzt Dr. Deckner-Heydekrug, Mitberichterstatter: Die Kenntnis des Choleravibrio, die wir Robert Koch verdanken, und das Studium seiner Lebensgewohnheiten ist für die Beurteilung des Verlaufs einer Choleraepidemie und ihre Bekämpfung von höchster Wichtigkeit. Der Kommabacillus ist, wie die bakteriologischen Arbeiten ergeben haben, sehr empfindlich gegen die Schädigungen der Außenwelt, namentlich geht er im Wasser bald zugrunde, da die ihn enthaltenden Dejektionen im Wasser, besonders in Flüssen, stark verdünnt und schnell auseinandergespült und die einzelnen Cholerabazillen von Wasserbakterien überwuchert werden. Die Beachtung des Verhaltens der Vibrionen im Wasser ist für die Beurteilung des Ausbruchs von Choleraepidemien im Deutschen Reich von hoher Wichtigkeit. Da die Cholerakranken mit ihren Entleerungen ungeheure Mengen von Bazillen ausscheiden, anderseits diese in der Außenwelt schnell zugrunde gehen, erscheint als die allerwichtigste Uebertragungsmöglichkeit die Kontaktinfektion, als die seltenste dagegen die durch den Genuß von Wasser aus einem Flusse, der aus verseuchten Gegenden herkommt. Es ergibt sich somit gewissermaßen eine Gefahrenskala, in der die erstere ein Maximum, die letztgenannte ein Minimum darstellt.

Beim Auftreten von Cholerafällen auf preußischem Gebiet muß man daher in erster Linie an Kontaktinfektion durch russische Flößer denken, die mit der preußischen Bevölkerung in Berührung gekommen sind. Die Erkrankungen im Jahre 1909 im Reg.-Bez. Gumbinnen lassen sich auf diesen Modus zurückführen, da an allen Orten, wo die Fälle auftraten, eine Berührung mit Flößern direkt oder wenigstens mit den von ihnen benutzten Flößen, Strohhütten etc. nachzuweisen war. Zweifellos kommen auch einzelne Wasserinfektionen vor, z. B. wenn Dejektionen eines Cholerakranken ins Wasser geworfen worden sind und an einer strömungsfreien und flachen Uferstelle lagern, an der zufällig von den Anwohnern Wasser geschöpft wird. Dies dürfte jedoch zu den größten Seltenheiten gehören; auf diese Möglichkeit kann man im allgemeinen erst zurückgreifen, wenn andere völlig auszuschließen sind.

Die Cholerabekämpfung wird heute von der Vorstellung der Stromverseuchung beherrscht. Es ist wohl zu billigen, wenn an den Stromüberwachungsstellen Trinkwasser an die Flößer und Schiffer gegeben und vor dem Genuß von Stromwasser gewarnt wird, die Verteilung von Eimern zum Auffangen von Entleerungen erscheint jedoch nicht erforderlich, da sie meist doch nicht benutzt werden und ihr Gebrauch auch nur dann ungefährlich ist, wenn sie gründlich desinfiziert oder abgeliefert werden, sobald sie die Triften verlassen. Die Flößer bilden eine große Gefahr für die Bevölkerung, da sie zum Teil aus den stark verseuchten Gegenden Rußlands kommen und am Ende ihrer Fahrt in Preußen mit der Bevölkerung in Berührung treten. Da wir wissen, daß an Cholera Genesene bis zu 100 Tagen Kommabazillen ausscheiden können, ist die Gefahr direkter Uebertragung der Krankheit auf die preußische Bevölkerung sehr groß. Zur Feststellung der Bazillenträger ist die wirksamste Methode die bakteriologische Untersuchung der Ausleerungen sämtlicher die Grenze bei Schmalleningken und Schillno passierenden Flößer, wie es im Herbst 1909 und im laufenden Jahre mit Erfolg geschehen ist. Bei dieser Art der Untersuchung könnte die bisherige Methode der Stromüberwachung bedeutend eingeschränkt werden, zum wenigsten braucht die einzelne Station erst beim Auftreten der ersten Cholerafälle auf preußischem Gebiet eingerichtet zu werden.

Im Jahre 1909 und in diesem Jahre sind Cholerafälle von den Stromüberwachungsärzten nicht festgestellt worden; nur in Lappienen hat der betr. Arzt zur frühzeitigen Erkennung von Cholerafällen beigetragen, da er zu verdächtigen Erkrankungen an Lande gerufen wurde, also eine Tätigkeit ausübte, die Sache des beamteten Arztes war.

Die eigentliche Cholerabekämpfung liegt in den Händen der Kreisärzte und Landräte bezw. Ortspolizeibehörden, da diese Beamten bei jedem Krankheits- und Verdachtsfalle sofort eingreifen. Wird außerdem die gesetzliche Meldepflicht prompt erfüllt, so können wir mit Ruhe jedem zukünftigen Einbruch der Cholera entgegensehen und auch verkehrshemmende Maßnahmen gegen die Flößer unterlassen, besonders da die Zahl dieser sehr gering ist im Vergleich zu der großen Zahl der täglich in großer Menge ungehindert und unkontrolliert die Grenze auf der Eisenbahn, den Wegübergängen und über die grüne Grenze passierenden russischen Ueberläufer.

Regelmäßige bakteriologische Untersuchungen wurden vorgenommen von den Ausleerungen der Kranken, Krankheitsverdächtigen und der meisten Ansteckungsverdächtigen gemäß § 18 Abs. 2 der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera. Nur auf diese Weise wurden 6 Bazillenträger ermittelt. Von den genesenen Personen schied eine 69 Tage, zwei je 25 Tage, zwei je 21 Tage Bazillen aus. Mehrmals erlitt der Bazillennachweis Unterbrechungen, einmal bis zu 12 Tagen. Da in dieser Zeit 3 negative Untersuchungen erfolgt waren, hätte die Sperre nach den Bestimmungen des Bundesrats aufgehoben werden müssen, was aus Vorsicht nicht geschah; in der Tat zeigten sich dann wieder Bazillen im Stuhl, so daß neue Untersuchungen notwendig wurden und die Absonderung erst fallen gelassen werden konnte, als die Untersuchungen sämtlich negativ blieben. Eine Ergänzung der Bundesratsbestimmungen ist nach diesen Erfahrungen zweckmäßig. Das Blut von 19 Cholerakranken und Genesenen wurde 23 mal auf Agglutinine untersucht. Bei 10 Personen, teils schweren Fällen, teils leichten, teils Bazillenträgern, fiel der Versuch negativ aus, eine Person war bei der Blutentnahme noch krank, bei den anderen hatte die Bazillenausscheidung schon seit 9 bis 30 Tagen aufgehört. Die 13 positiven Agglutinationsproben gaben 1 mal einen Titer von 1/640, 2 mal 1 : 160, 4 mal 1 : 80, 1 mal 1 : 40, 5 mal 1 : 20, und zwar in ganz verschiedenen Zeitabschnitten nach der Genesung. Nach diesen Versuchen kann man nur sagen, daß das Auftreten von Agglutininen im Blut von Cholerarekonvaleszenten eine inkonstante Erscheinung ist und daß die Höhe des Titers keinen Rückschluß auf die Schwere der Erkrankung und die Dauer der Rekonvaleszenz zuläßt. In 34 untersuchten Wasserproben, die zum Teil aus einer mit Choleradejektionen andauernd verunreinigten Grut stammten, wurden die Vibrionen nicht gefunden.

Der Verlauf der Erkrankungen war im Jahre 1909 anfang sschwer, (kamen leichte Fälle und schließlich zeigten sich Bazillenträger; dies be[illegible]

die von Geh. Rat Dr. Kirchner zuerst 1905 geäußerte Ansicht, daß dem Erlöschen einer Choleraepidemie durchweg das Erscheinen von Bazillenträgern voraufgeht.

Diskussion.

Med.-Rat Dr. Behrendt verbreitet sich über die Polizeiverordnung, betreffend die Meldepflicht der aus choleraverseuchten Gegenden zugereisten Personen, die fast niemals befolgt worden ist. Er schlägt vor, diese Polizei-Verordnung erst dann zu erlassen, wenn die Grenze bedroht ist; sie aber dann auch mit Nachdruck durchzuführen.

Oberbürgermeister Pohl führt das Ausbleiben dieser Anmeldungen mehr auf Unkenntnis der Sachlage, als auf böse Absicht zurück.

Geh.-Rat Prof. Dr. Kirchner erklärt, daß diese Polizeiverordnung wegen ihrer schweren Durchführbarkeit auch im Reichsgesundheitsrat und bei dem Herrn Minister große Bedenken erregt hat; es soll durch sie die Aufmerksamkeit auf Personen, die aus verseuchten Gegenden kommen, gelenkt werden; der Erfolg ist jedoch ein zweifelhafter.

Oberbürgermeister Pohl betont den Wert der obligatorischen Leichenschau bei Choleragefahr und befürwortet ihre möglichst frühzeitige Einführung besonders im Gebiet der Ströme. In Tilsit besteht sie seit 1901. Bei Aufbringung der großen Kosten hierfür müßten die Kreise vom Staate entschädigt werden.

Landrat Schlenther weist auf die großen Kosten und Schwierigkeiten hin, die durch die obligatorische Leichenschau auf dem platten Lande verursacht werden; er schlägt vor, die Zone der Entfernung von den Flußläufen von 5 auf 1—2 km zu verringern.

Reg.-Präs. Dr. Stockmann verkennt nicht den Nutzen der Leichenschau, es muß aber auf die pekuniäre Leistungsfähigkeit derjenigen, die es betrifft, Rücksicht genommen werden. Eventuell müßten die Mittel hierzu vom Staate bewilligt werden. Redner wirft die Frage auf, ob nicht in gewissen Fällen zur Verringerung der Kosten auch Amts- oder Gemeindevorsteher für die Leichenschau genügen würden.

Geh.-Rat Prof. Dr. Kirchner: Es sind allerdings Fälle vorgekommen, daß bei Leichen von Personen, die an Cholera verstorben waren, von den beschauenden Aerzten Schlaganfall als Todesursache angegeben ist; solche Fälle sind aber Ausnahmen. Im allgemeinen ist ohne Leichenschau und Obduktion nicht auszukommen, was auch in diesem Jahre wieder in Marienburg bewiesen ist. Hier hatte die Cholera 8 Tage lang geherrscht, ohne als solche erkannt zu werden; bei obligatorischer Leichenschau wäre dies nicht vorgekommen. Betreffs des Kostenpunktes stände der Herr Finanzminister auf dem Standpunkt, daß es sich hierbei um Maßnahmen ortspolizeilicher Natur handele und daß die Kosten deshalb von den Gemeinden zu tragen seien. Bezüglich der Leichenschauer wäre es vielleicht möglich, die Desinfektoren hierzu heranzubilden.

Betreffs der Flußverseuchung hält Redner den Standpunkt des Korreferenten Dr. Deckner, der die Wasserinfektion als unwahrscheinlich hinstellt, für zuweitgehend; er führt Beispiele aus der Epidemie im Jahre 1905 an, wo Infektionen aus dem Flußwasser in der Nähe des Ufers zweifellos erfolgt sind. Auch der Nutzen der Stromüberwachungen ist nach seiner Ansicht größer, als es von den beiden Referenten dargestellt sei, was Redner durch Beispiele erhärtet.

Die Choleralaboratorien in den Grenzorten sind auf Anregung des Herrn Regierungs-Präsidenten eingerichtet und von Robert Koch befürwortet worden; trotz der enormen Kosten, die sie verursachen, sollen sie auch in den nächsten Jahren wieder eingerichtet werden.

Reg.-Präsident Dr. Stockmann regt an, statt der festen Ueberwachungsstation in Ruß eine sogenannte fliegende Station einzurichten in Gestalt eines mit dem Ueberwachungsarzt besetzten Polizeidampfers, der den ganzen Memelstrom befahren soll.

Geh.-Rat Prof. Dr. Kirchner: Der Bade- und Desinfektionszwang der russischen Auswanderer soll gleichfalls beibehalten werden, schon deshalb, um eine gründliche Untersuchung zu erwirken.

Bezüglich der Desinfektion hält Redner diejenige mit Formalin-

dämpfen für weniger wirksam, als die mechanische. Zu den Desinfektorenkursen sollten fortan wenigstens für einige Tage Kreisärzte hinzugezogen werden.

Oberbürgermeister Pohl weist auf die großen Schwierigkeiten hin, die bei der pekuniären Regelung der sofort notwendig gewordenen Maßnahmen nachträglich entstanden sind.

Geh.-Rat Prof. Dr. Kirchner erklärt, daß zukünftig hierfür größere Krediteim voraus bewilligt werden sollen.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Janssen: Ein Petersburger Choleraforscher hat festgestellt, daß ähnlich wie bei Typhus sich Choleravibrionen in der Schleimhaut der Gallenblase virulent erhalten und dadurch die sogenannten Dauerausscheider verursachen. Kolle erwähnt, daß die Ausscheidung der Bazillen durch große Calomelgaben sistiert werden kann, was aber bei der hiesigen Choleraepidemie nicht bestätigt wurde.

Geh.-Rat Prof. Dr. Kirchner macht hierauf interessante Angaben über die Entstehung der diesjährigen Choleraepidemie in Kalthof, die wahrscheinlich nicht durch Flößer, sondern durch vagebundierende Russen, die Bazillenträger waren, in einer Herberge verursacht ist.

Reg.-Ass. v. Jerin weist auf die großen Schwierigkeiten hin, die dadurch entstehen, daß die im Laboratorium an der Grenze für verdächtig erkannten Flößer zunächst weiterschwimmen und erst dann festgehalten werden, wenn sich der Verdacht bestätigt. Es wäre praktischer, diese Personen sofort festzuhalten.

Geh.-Rat Prof. Dr. Kirchner: Dies sei gesetzlich zwar zulässig; es würde aber zu großen Verkehrsschwierigkeiten führen und den Holzhandel zu sehr stören.

Die Diskussion wurde hierauf geschlossen, nachdem noch Herr Geh.-Rat Prof. Dr. Kirchner anerkennende Worte über die Tätigkeit der bei Bekämpfung der Seuche beteiligten Behörden und Personen ausgesprochen hatte.

II. Welche allgemeinen gesundheitspolizeilichen Gesichtspunkte ergeben sich dem Medizinalbeamten für die Anwendung der serodiagnostischen Reaktion auf Syphilis nach Wassermann und des Ehrlichschen Hatapräparats.

a) Berichterstatter: Kreisassistenzarzt Dr. Arlart-Gumbinnen:

Wird ein Organismus von Krankheitserregern infiziert, so werden von den Körperzellen chemische Substanzen abgeschieden, die im Blute kreisend die Aufgabe haben, das körperfremde, feindliche Prinzip in einen unschädlichen Zustand zu versetzen. Diese Substanzen haben die besondere Eigenschaft, daß sie eine bestimmte, allein auf den speziellen Mikroorganismus, der sie gewissermaßen mobil gemacht hat, gerichtete Zerstörungsenergie besitzen. Andere Krankheitserreger, die man mit ihnen zusammenbringt, lassen sie völlig intakt. Ein solches Blutserum, das diese Substanzen enthält, nennen wir Immunserum und sprechen von Typhusimmunserum, Cholera-, Ruhr-, Diphtherieimmunserum. Wenn man solch ein Immunserum 30 Minuten lang auf 55° C. erhitzt, so verliert es seine Wirksamkeit. Setzt man ihm frisches Serum von irgendeinem beliebigen Tiere, das keine Immunität gegen die betreffenden Bakterien zu besitzen braucht, hinzu, so erlangt es sie wieder. Es sind also zwei wirksame Substanzen in dem Immunserum vorhanden, von denen die eine, das Hitzelabile, nichts Spezifisches hat und Komplement genannt wird, die andere das eigentlich spezifische, gegen den bestimmten Krankheitserreger gerichtete Abwehrmittel ist und Ambozeptor genannt wird. Wir sprechen von einem Typhus-, Ruhr-, Choleraambozeptor, deren einer nicht an die Stelle des anderen treten kann. Aber das Komplement kann man überall verwenden. Das Zusammenwirken beider bedeutet für den Infektionserreger auf den der Ambozeptor paßt, die Vernichtung, die Bakteriolyse.

Der Organismus schützt sich aber nicht nur gegen Bakterien, sondern er sucht alles ihm Körperfremde zu zerstören, zu eliminieren oder auch als Bausteine zu seinem Körperaufbau zu verwerten. Spritzt man einem Kaninchen die Blutkörperchen von Schafen in die Blutgefäße, so erkrankt es unter schweren Vergiftungserscheinungen; die körperfremden Stoffe bewirken diese Krankheit. Wird sie überstanden, dann ist das Tier gegen Schafblutkörperchen immun geworden. Entnimmt man ihm jetzt Blutserum und prüft es mit roten

Blutkörperchen von einem Schaf, so werden diese aufgelöst, Haemolyse. Auch bei diesem Prozeß kann man 2 wirksame Stoffe des Immunserums unterscheiden, einen hitzebeständigen spezifischen, d. h. in diesem Falle nur gegen Hammelblutkörperchen wirkenden Ambozeptor und das Komplement. Das Körperfremde benennt man mit dem Sammelbegriff Antigen. Die Bindung der 3 Substanzen Antigen, Komplement und des für das Antigen spezifischen Ambozeptors bewirkt die Zerstörung des Antigens, aber gleichzeitig auch die Vernichtung des Ambozeptors und Komplements. Typhusbazillen und Typhusambozeptor und Komplement gibt Auflösung der Bazillen, Vernichtung des Ambozeptors und des Komplements. Fehlt einer der 3 Faktoren, so tritt keine Bakteriolyse ein, d. h. das Antigen bleibt unzerstört und der zweite Faktor Komplement oder Ambozeptor ebenfalls intakt. Habe ich bei einem Versuch 2 oder 3 Faktoren sicher als bekannt zusammen und sehe dabei Bakteriolyse eintreten, so muß der dritte Faktor bei dem Prozeß als unbekannte Größe mitgewirkt haben. Bleibt die Bakteriolyse aus, so muß der dritte Faktor nicht vorhanden gewesen sein. Diese Beziehungen zwischen den 3 Elementen bei der Bakteriolyse und der Haemolyse liegen der Theorie der Wassermannschen Reaktion zu Grunde. Beide Prozesse kann man im Reagenzglase bei Bruttemperatur anstellen. Bei der Beobachtung der Bakteriolyse braucht man das Mikroskop; die Haemolyse sieht man mit bloßem Auge. Eine Aufschwemmung ungelöster roter Blutkörperchen sieht undurchsichtig, trübe, blaßrot aus, macht auch leicht Bodensatz, über dem dann klare, ungefärbte Flüssigkeit steht. Bei Auflösung der roten Blutkörperchen wird der Blutfarbstoff frei und man sieht die Mischung klar durchsichtig, dunkelrot. Bei der Wassermannschen Reaktion bringen wir die 3 zur Bakteriolyse nötigen Elemente im Reagenzglase zusammen: 1. den syphilitischen Krankheitserreger als Antigen (Extrakt aus der Leber eines syphilitischen Fötus); 2. den syphilitischen Ambozeptor (Blutserum eines sicher syphilitischen Menschen eine halbe Stunde auf 55° C. erhitzt, d. h. ohne das Komplement); 3. Komplement (frisches Blutserum von einem Meerschweinchen in einer bestimmten Menge). Diese 3 Elemente, in einem Reagenzglase gemischt, gehen in einer Stunde bei Bruttemperatur eine so feste Bindung ein, daß einer allein nicht mehr aus der Verbindung heraus kann. Hierzu kommt eine Aufschwemmung von Hammelblutkörperchen und das Blutserum von einem Kaninchen, das mit Hammelblutkörperchen vorbehandelt war, also gegen Hammelblutkörperchen immun gemacht ist und durch Erhitzen seines Komplements beraubt ist. Kommt das Reagenzglas nun wieder in den Brutschrank, so wird eine Hämolyse nicht stattfinden können wie der erste Prozeß der Bakteriolyse, da das Komplement fehlt, welches in der ersten Gruppe gebunden ist. Die Lösung der Blutkörperchen bleibt also aus. Wir haben den positiven Ausfall der Wassermannschen Reaktion, die Hemmung der Hämolyse. Wiederholen wir den Versuch, indem wir statt des Serums eines sicher syphilitischen, dasjenige eines sicher nicht syphilitischen Individuums verwenden, das wie vorher durch Erhitzen seines Komplements beraubt ist. Wir bringen dann folgende Faktoren zusammen: 1. Antigen, das syphilitische Extrakt; 2. das Serum, das keinen syphilitischen Ambozeptor enthält; 3. das Komplement aus Meerschweinchenblutserum wie vorher. Da der Ambozeptor fehlt, findet eine feste Verankerung der 3 Stoffe nicht statt. Das Komplement bleibt also frei verfügbar. Kommt nun hinzu, wie vorher, eine Aufschwemmung von Hammelblutkörperchen und der spezifische Ambozeptor, so tritt das verfügbare Komplement an diese Gruppe, die Bindung erfolgt und nach 1/4—3/4 Stunden im Brutschrank können wir das Phänomen der Hämolyse feststellen; die Lösung der roten Blutkörperchen ist erfolgt, die Wassermannsche Reaktion ist negativ ausgefallen.

Der hämolytische Prozeß in der Reaktion hat den Zweck, zu zeigen, ob die Bindung in der ersten Gruppe der bakteriolytischen oder der zweiten Gruppe der hämolytischen stattfindet. Habe ich ein unbekanntes Blut-Serum zu prüfen, so wird man es durch Erhitzen seines Komplements berauben und es mit dem Leberextrakt und dem Meerschweinchenserum (Komplement) zusammen auf eine Stunde in den Brutschrank bringen, dann wird der hämolytische Ambozeptor mit den Hammelblutkörperchen zugesetzt. Tritt Lösung dieser ein, so ist das Komplement in der ersten Gruppe frei gewesen, die Reaktion ist negativ ausgefallen; es fehlten die syphilitischen Ambozeptoren

im untersuchten Blutserum. Unterbleibt die Auflösung der roten Blutkörperchen, so war der Ausfall der Reaktion positiv. Das Komplement war in der ersten Gruppe fest verankert. Im untersuchten Blutserum waren syphilitische Ambozeptoren vorhanden. Hat der Mensch aber in seinem Blutserum die für die Syphilis spezifischen Abwehrstoffe, so können wir mit Sicherheit behaupten, der Betreffende leidet an Syphilis.

Die Praxis hat erwiesen, daß wir an der Serodiagnostik nach Wassermann ein ausgezeichnetes Hilfsmittel zur Erkennung der Syphilis haben. Im primären Stadium gaben 20—30 % der Untersuchten positiven W., kurz vor dem Ausbruch des allgemeinen Ausschlages 60—70 %, nach dem Ausbruch des Ausschlages 98—99 %, im tertiären Stadium der Syphilis 99—100 %, bei Gehirnerweichung 100 %, bei der Rückenmarksschwindsucht 90 %. Außer diesen Krankheitsfällen gibt nun noch positive Reaktion: die Framboesie, die Rekurrens und Malaria auf der Höhe der Fieberanfälle, Scharlach auf der Höhe des Ausschlags, die tuberöse Form der Lepra. Ebenso gibt das Blutserum von Schwerkranken kurz vor dem Exitus sowie Leichenblutserum positive Reaktion. Vor allem hat die Reaktion die Vererbung der Krankheit bis ins dritte Glied erwiesen und die Verbreitung der Erbsyphilis gezeigt. Besonders schwere degenerative Veränderungen des Nervensystems, Lähmungen, Erblindungen, Jdiotie sind auf das Konto der Syphilis zu setzen. Der positive Ausfall der Reaktion beweist, von den angeführten wenigen Ausnahmen abgesehen, stets, daß Syphilis vorliegt, der negative Ausfall beweist aber nicht mit Sicherheit, daß der Untersuchte gesund ist. Bei der tertiären Syphilis im Latenzstadium hat auf den Ausfall der Reaktion die Art und Intensität der vorausgegangenen Schmierkuren einen gewissen Einfluß. Latente flüchtig behandelte Fälle gaben in 90—100 %, latente Fälle mit 2—3 vorausgegangenen Schmierkuren 50 %, latente Fälle mit vielen systematischen Kuren nur 16—18 % positiven W.

Wassermann hat die Reaktion mit sehr ausgedehnten Kontrollmaßnahmen umgeben. Die Bestrebungen, sie für den praktischen Arzt zu vereinfachen, sind fehlgeschlagen. Sie wird hauptsächlich in geeigneten Instituten ausgeführt; der Arzt in der Praxis wird sich darauf beschränken, Blut zu entnehmen und zur Untersuchung weiterzugeben. Bei der Blutentnahme muß aseptisch verfahren werden. Sterilisation der Haut mit Alkohol und dann Aether; hierauf wird entweder ein sterilisierter Schröpfkopf appliziert, oder noch besser die Vena mediana in der Ellenbeuge mit einer sterilisierten Hohlnadel von 1 mm Lumen angestochen.

Durch einen Schlauch um den Oberarm wird das Blut in den Venen angestaut, durch öfteres Ballen der Hand wird die Blutfüllung in den Adern beschleunigt. Man läßt mindestens 5 ccm Blut in ein steriles Glasrohr ablaufen, das man möglichst umgehend zur Untersuchung abschickt. Die kleine Wunde hört auf zu bluten, wenn der Schlauch vom Oberarm gelöst wird; sie wird mit steriler Gase in mehrfacher Schicht bedeckt und der Verband mit 2 Leukoplaststreifen fixiert.

b. Mitberichterstatter Kreisarzt Dr. **Katluhn-Angerburg.** Referent weist zunächst auf die Wichtigkeit der Wassermannschen Reaktion für die Erkennung der Syphilis hin, insbesondere in ihrem Latenzstadium und bei den als Parasyphilis bezeichneten Spätformen, Tabes und Paralyse, ferner auf den unheilvollen Einfluß, den die Syphilis durch Keimschädigung auf die Nachkommenschaft ausübt. Hat die Entdeckung des Syphiliserregers und des Syphilisnachweises auf serodiagnostischem Wege nach Wassermann neue Ausblicke für eine erfolgreiche Bekämpfung dieser gefährlichsten aller Geschlechtskrankheiten eröffnet, so ist die Syphilisbekämpfung durch Auffindung und Erforschung des neuen spezifischen Heilmittels, des Dioxydiamidoarsenobenzols durch Ehrlich vollends in den Vordergrund des ärztlichen Interesses getreten. Das Bestreben Ehrlichs ist dahin gegangen, ebenso wie bei anderen Spirochäten-Krankheiten auch bei Syphilis einen Stoff aufzufinden, der sämtliche im Körper befindlichen Spirochäten zum Absterben bringt, ohne daß dabei eine nachhaltige Schädigung der Organe eintritt. Das Mittel, das im Tierexperiment den angestrebten Erfolg gehabt hat und dessen Anwendung gewissermaßen eine Therapia sterilisans magna darstellt, ist das Hatapräparat.

Referent berichtet dann ausführlich über die Beobachtungen, die die einzelnen Forscher mit dem Hatapräparat bei menschlicher Syphilis gemacht haben und geht insbesondere auf die Ausführungen mehrerer Forscher und Aerzte auf der 82. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Königsberg ein; er bespricht die Indikationen und Kontraindikationen, die sich bei Anwendung des Hatapräparats bisher ergeben haben und erwähnt ferner die Beobachtungen, die mit der Heilsäugung hereditärsyphilitischer Kinder durch Mütter, die mit Arsenobenzol behandelt wurden, gemacht sind und über die Aussichten, die eine Serumtherapie durch Blutserum mit Hata vorbehandelter Patienten bei der Behandlung der Erbsyphilis bietet. Er kommt zu folgendem Schluß:

Fassen wir die Urteile über die Heilwirkung des Hatapräparates zusammen, so steht heute wohl außer Zweifel, daß wir in ihm ein Mittel besitzen, das bei richtiger Dosierung und Anwendungsart, worüber ja noch manche Differenzpunkte bestehen, die aber die nahe Zukunft klären wird, in den meisten Fällen bei Syphilis eine prompte Wirkung auf die Spirochäten und auf syphilitische Krankheitserscheinungen, besonders auch bei den infektiösen Formen des primären und sekundären Stadiums ausübt und in vielen Fällen, was sehr wesentlich ist, durch eine einmalige Anwendung.

Durch die Entdeckung des neuen Heilmittels sind auch für die Bekämpfung der Syphilis als Volkskrankheit günstigere Bedingungen gegeben; es besteht die Hoffnung, auch die Hauptquelle aller Syphiliserkrankungen, die Prostitution zu sanieren.

Referent schildert dann die Gefährlichkeit der Syphilis, die sich besonders auch darin kundgebe, daß, wie Blaschko auf der VII. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins in Jena auf Grund der Versicherungspapiere zweier großer Lebensversicherungsgesellschaften nachgewiesen hat, die Sterblichkeit der Syphilitiker im mittleren Lebensalter fast doppelt so groß ist, als die aller Versicherten. Es könne auch nicht zweifelhaft sein, daß ein großer Teil der plötzlichen Todesfälle in den mittleren Lebensjahren auf latenter Syphilis beruhe. Referent weist dann auf die besonderen Schwierigkeiten hin, die sich bisher aber der Bekämpfung gerade dieser Krankheit entgegenstellten. Die Grundlage jeder Seuchenbekämpfung bildet die Anzeigepflicht seitens der Aerzte. Bei der Syphilis, die als eine unsittliche Krankheit gilt, hat die Anzeigepflicht den Aerzten nicht auferlegt werden können, weil dadurch das Uebel nur vergrößert, die Anzeige wie eine öffentliche Brandmarkung wirken und in vielen Fällen auch das Familienleben schwer treffen würde. Um der öffentlichen Bekanntgabe zu entgehen, würden die Kranken sich nicht an den Arzt, sondern an den Kurpfuscher wenden, oder auf eigene Hand irgend welche Mittel anwenden oder auch die Krankheit ganz unbehandelt lassen. Durch Einführung der Anzeigepflicht würde gerade das Gegenteil von dem erreicht werden, was bei der Syphilis besonders notwendig ist, nämlich eine gründliche, ausgiebige und sachkundige Behandlung. Auch Absonderung und Zwangsbehandlung könnte bei Syphilis nicht durchgeführt werden. Diesen besonderen Verhältnissen hat das preußische Seuchengesetz Rechnung getragen, wenn es sich lediglich auf Vorschriften für solche Personen beschränkt, die gewerbsmäßig Unzucht treiben. Referent geht die einzelnen hierauf bezüglichen Bestimmungen des preußischen Seuchengesetzes durch, erörtert ihre tatsächliche Wirkung bezüglich der Bekämpfung der Syphilis als Volkskrankheit und gelangt zu dem Schluß, daß durch Gesetze und Polizeivorschriften allein eine wirklich wirksame Bekämpfung der Syphilis nicht zu erreichen ist. Der Schwerpunkt der Bekämpfung der Syphilis als Volkskrankheit müsse vielmehr in die Forderung gelegt werden, daß möglichst alle Personen, die sich syphilitisch infiziert haben, so bald und so wirksam als möglich behandelt werden. Dazu seien vor allem zwei Maßnahmen erforderlich, einmal die Behandlung im Interesse der Volksgesundheit kostenlos und für den Erkrankten so bequem als möglich zu machen und zweitens, um die Infizierten zur Behandlung überhaupt zu bewegen, durch Belehrung auf die außerordentlich schweren Folgen einer ungenügenden Behandlung bei der Syphilis hinzuweisen. Für die Behandlung der Syphilis [illegible]gt bei dem neuen Ehrlichschen Heilmittel der große Vorteil in der [illegible]ündeten Aussicht, daß in den meisten Fällen schon durch eine einmalige

Einspritzung die Krankheit geheilt und ihre Ansteckungsfähigkeit in ganz kurzer Zeit beseitigt werden könne.

Zur Durchführung der Maßnahmen zur Bekämpfung der Syphilis als Volkskrankheit bezeichnet Referent als letztes erstrebenswertes Ziel die Einrichtung von Fürsorgestellen. Diese sollten nicht allein zur Behandlung der Geschlechtskrankheiten, sondern der Volkskrankheiten überhaupt, wie Tuberkulose, Körnerkrankheit, Alkoholismus usw. dienen. Weiterhin spricht Referent an der Hand der Dienstanweisung für die Kreisärzte, wie sich die Ueberwachung der seiner Aufsicht unterstellten Einrichtungen und Anstalten bezüglich der Syphilisfeststellung und Syphilisbekämpfung mit den neuen Hilfsmitteln der Wassermannschen Reaktion und des Hatapräparates zu gestalten haben werden.

Bei den Revisionen der sittenärztlichen Untersuchungen der Prostituierten muß der Kreisarzt schon jetzt darauf sehen, daß sich die Kontrollärzte des Hilfsmittels der Wassermannschen Reaktion zur Feststellung latenter Syphilis bedienen. In den Fürsorgeerziehungsanstalten ist nach den beachtenswerten Untersuchungen Alts vor der Entlassung der weiblichen Fürsorgezöglinge auf Syphilis zu fahnden, weil gerade diese Mädchen der Prostitution leicht anheimfallen. Bei den Ammenuntersuchungen, bei der Ueberwachung der Anstalten, die der Pflege und Fürsorge von Wöchnerinnen und Säuglingen dienten, bei der Ueberwachung der Haltekinder, der Entbindungsanstalten, der Krüppel-, Taubstummen- und Blindenanstalten, der Irren-, Epileptiker- und Idiotenanstalten, sowie bei der Beaufsichtigung der in Familienpflege untergebrachten Geisteskranken bietet die Wassermannsche Reaktion ein wertvolles Hilfsmittel zur Erkennung vererbter und erworbener Syphilis; auch die Behandlung der durch Syphilis bedingten Krankheitszustände des Nervensystems gewährt Aussicht auf Erfolg, wenn sie frühzeitig einsetzt. Ziehen und Fournier hätten über erstaunliche Erfolge berichtet, die sie durch Quecksilberschmierkuren bei ausgesprochenem Intelligenzdefekt erzielt hätten; in dem neuen Ehrlichschen Heilmittel aber sei zweifellos ein noch weit mächtigeres Heilmittel gegeben, das gerade bei den Erkrankungen des Nervensystems schon in verhältnismäßig geringen Gaben ausgezeichnet wirkt. Referent schließt mit den Worten Saathoffs: „Die Wassermannsche Reaktion führt uns zu Problemen, wo wir früher keine sahen, die Pathologie des Einzelindividuums hat sich zur Pathologie der Familie, des Stammes erweitert.“ Es sei zu hoffen, daß es mit dem neuen Ehrlichschen Heilmittel gelingen werde, die Syphilis in allen ihren Erscheinungsformen erfolgreich zu bekämpfen. Die Medizinalbeamten müssen es als ihre ehrenvolle Pflicht betrachten, zur Bekämpfung dieser furchtbaren Volksseuche allezeit hilfreiche Hand zu bieten.

Wegen der vorgerückten Zeit fand eine Diskussion nicht statt. Die Versammlung wurde hierauf vom Herrn Regierungspräsidenten geschlossen.

Ein gemeinsames Mittagsmahl vereinigte sämtliche Teilnehmer im „Russischen Hofe“. Dr. Behrendt-Tilsit.

Bericht über die am 20. Dezember 1910 abgehaltene Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bezirks Münster i./W.

Anwesend waren die Herren Staatsminister Freiherr von der Recke, Oberpräsident von Westfalen, Reg.-Präsident von Jarotzky, Geh. Med.-Rat Dr. Finger, vortragender Rat im Kultusministerium, als Vertreter des Ministers, Ob.-Reg.-Rat Jungé und Ob.-Reg.-Rat Heintzmann, Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher, Reg.-Rat Schlaeger. Geh. Med.-Rat Dr. Gerlach, Mitglied des Medizinalkollegiums, Generalarzt Dr. Brandt, Generaloberarzt Dr. Hoenow, San.-Rat Dr. Bäumer, Vorsitzender des ärztlichen Regierungsbezirksvereins, sowie sämtliche Kreismedizinalbeamte und mehrere kreisärztlich geprüfte Aerzte.

Der Herr Reg.-Präsident eröffnete die Sitzung. Er begrüßte die Erschienenen, insbesondere den Geh. Med.-Rat Dr. Finger als Vertreter

des Herrn Ministers. Da er zum ersten Mal sämtliche Kreisärzte um sich versammelt sehe, wolle er diese Gelegenheit wahrnehmen, um ihnen für die rege Unterstützung, die sie ihm bei seinen Bestrebungen als Leiter des Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose zuteil werden ließen, herzlich zu danken. Alsdann übertrug er dem Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher den Vorsitz.

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher führte, nachdem er den Kreisassistenzarzt Dr. Stein zum Schriftführer bestimmt hatte, einleitend aus, daß die Wahl der beiden Vortragsthemata veranlaßt sei durch Vorkommnisse und Beobachtungen innerhalb des Reg.-Bez. Münster. Dies gelte zunächst für das erste Thema, betreffend die Haarkrankheit, deren epidemisches Auftreten um so auffallender erschienen wäre, als der Seuchenort ein weltabgeschiedenes, sogar vom Eisenbahnverkehr fern abliegendes Dorf sei. Auch das zweite Thema lehne sich eng an Erfahrungen im Bezirk an. Mit dem Aufblühen der Landwirtschaft seien überall, besonders in der Nähe der Städte, größere Milchbetriebe entstanden; dazu komme in allen Kreisen eine größere Zahl von Sammelmolkereien. Das sei vom volkswirtschaftlichen Standpunkt gewiß lebhaft zu begrüßen; allein die Erfahrung habe gelehrt, daß mit dieser Zentralisation der Milchbetriebe auch erhebliche Gefahren verknüpft seien, wie sich namentlich in dem vermehrten Auftreten von Typhus und Paratyphuserkrankungen in den letzten Jahren gezeigt habe.

I. Die als Alopecia parvimaculata (kleinfleckige Haarkrankheit) bezeichnete Haarkrankheit.

a) Kreisarzt Dr. Boegershausen-Lüdinghausen, Referent: Die Krankheit ist seines Wissens seither nur bei der männlichen Schuljugend im Dorfe Nordkirchen aufgetreten. Sie zeigt sich nur auf der behaarten Kopfhaut. Hier erscheinen hie und da, wie eingesprenckelt, kleinere Haarpartien, bis etwa Erbsengröße und von unregelmäßiger Gestalt zunächst etwas verfärbt. Die Haare werden heller (pigmentlos), verlieren den Glanz und fallen schließlich aus unter Hinterlassung einer kahlen, vollständig normal aussehenden Hautstelle. Nach einiger Zeit sprossen aus dieser kahlen Stelle ganz normal beschaffene Haare wieder empor. Referent hält die Krankheit für wahrscheinlich infektiös, aber durchaus gutartig. Als Maßnahmen zu ihrer Behandlung bezw. Bekämpfung erachtet er Kurzscheren der Haare, tägliche gründliche Waschung des Kopfes mit brauner Seife, Belehrung der Schüler, Eltern und Barbiere über die Möglichkeit der Uebertragung sowie Vermeidung dieser Möglichkeiten für ausreichend.

Zum Schluß demonstriert Referent das klinische Bild der Haarkrankheit in verschiedenen Stadien an drei aus Nordkirchen mitgebrachten Schulknaben.

b) Der Korreferent, Kreisarzt Dr. Besserer-Münster, hat eine Anzahl von Haaren der erkrankten Kinder mikroskopisch und kulturell mit Hilfe verschiedener Methoden untersucht, aber keinerlei spezifische Erreger an den Haaren nachgewiesen. Die Haare wiesen anderseits atrophische Prozesse an den Papillen und Pigmentverschiebung auf, wie sie bei der Pélade resp. Alopecia areata von den Franzosen schon vor längerer Zeit beschrieben sind. Referent geht zunächst an der Hand einer großen Zahl von mikroskopischen Präparaten und Kulturen auf die verschiedenen sicher parasitären Haarkrankheiten ein, speziell auf die Mikrosporie, die im gewissen Sinne differentialdiagnostisch bei der Nordkirchener Epidemie in Frage kommen könnte. Wenn sich aber auch schon klinische Momente für das Nichtvorliegen dieser gefährlichen ansteckenden Haarkrankheit ergaben, so war anderseits mit Sicherheit ihr Bestehen durch die mikroskopische und kulturelle Untersuchung auszuschließen. Die Epidemie kann zwanglos unter die den Franzosen seit Jahren bekannten Fälle gehäuften Auftretens von Alopecie gerechnet werden, die von der großen Mehrzahl der Forscher auch unter dem Sammelnamen der Pélade gerechnet werden und unter die wohl auch die vor kurzem von Dreuw beschriebene Berliner Epidemie gehört, die er mit dem neuen Namen Alopecia parvimaculata belegt hat.

Es erhebt sich die Frage, ob diese Krankheit überhaupt ansteckend ist, eine Frage, die ja auch bei typischen Alopecia areata noch nicht völlig in

negativem Sinne entschieden zu sein scheint. Viele maßgebende Forscher halten die Krankheit für sicher nicht ansteckend und weisen besonders auf die Schwierigkeiten hin, in die man leicht bei der Aufhellung von Epidemien geraten kann (Fausseepidemie der Franzosen, die eminente Häufigkeit zirkumskripten Haarausfalls, speziell im Kindesalter).

Auch auf andere Umstände, speziell die bisherigen negativen Erfahrungen mit Uebertragungsversuchen wird hingewiesen. Demgegenüber muß aber doch betont werden, daß ein gehäuftes lokales Auftreten trotz aller Skepsis sich epidemiologisch nicht leugnen läßt. Die Vorsicht gebietet deshalb schon, die Krankheit als ansteckend zu betrachten, solange nicht das Gegenteil unbedingt bewiesen ist. Es ist aber zu betonen, daß der hypothetische Erreger nicht unbedingt in den Haarböden zu sitzen braucht, und daß das gehäufte Vorkommen auch durch toxische Einflüsse gleicher Art, z. B. auf dem Wege der Ernährung sich unschwer erklären läßt. Bei der Unklarheit der Aetiologie und der verhältnismäßigen Harmlosigkeit der Erkrankung erscheint es auch vom Standpunkt des Bakteriologen zunächst am zweckmäßigsten, eine einfache antiseptische Haarbehandlung anzuwenden, ohne eingreifende Maßnahmen, wie Epilation usw., zu der auch nach dem histologischen Bild keinerlei Grund vorliegt.

Im Anschluß an den Vortrag werden eine große Anzahl schöner mikroskopischer Präparate, Photographien und Kulturen von Haarpilzen auf Maltose-Agar, Bierwürze-Agar und in situ nach der Methode von Plaut demonstriert, der, wohl der erfahrenste Kenner dieses ganzen Gebietes in Deutschland, die Untersuchungsergebnisse des Referenten über die Nordkirchener Fälle bestätigt hat; er hält allerdings die Krankheit für nicht ansteckend.

Diskussion.

Kreisarzt Dr. Boegershausen-Lüdinghausen erwidert auf Befragen, daß er die Krankheit nur bei Knaben beobachtet habe und nie bei Mädchen, auch nicht bei Erwachsenen, obwohl er viele Personen daraufhin durchgemustert hat.

Geh. Rat Dr. Krummacher-Münster weist darauf hin, daß als Maßregel zur Bekämpfung der Haarkrankheit in Nordkirchen noch die Anzeigepflicht beim Verziehen erkrankter Kinder an die Polizeibehörden und den Kreisarzt hinzukommt.

Geh. Rat Dr. Finger-Berlin fragt an, wie die Reinigung des Kopfes gehandhabt würde und ob dabei keine Schädigungen beobachtet seien.

Dr. Boegershausen entgegnet, daß er einmal täglich mit grüner Seife habe waschen lassen, was die Kopfhaut im allgemeinen gut vertragen hat.

Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher erinnert an das gleichfalls epidemische Auftreten einer Haarkrankheit in Schwerte im Regierungsbezirke Arnsberg. Soweit er unterrichtet sei, habe es sich hierbei anscheinend um eine anders geartete Haarkrankheit gehandelt.

Geh. Rat Dr. Finger regt an, die Vorträge über die Nordkirchener Epidemie des allgemeinen Interesses wegen in der Zeitschrift für Medizinalbeamte zu veröffentlichen.

II. Die Milch als Verbreiterin ansteckender Krankheiten, insbesondere mit Berücksichtigung des Sammelmolkereibetriebes.

a) Der Referent, Kreisarzt Dr. Liebetrau-Recklinghausen, bespricht nach einigen einleitenden Ausführungen über die Bedeutung der Milch als Volksnahrungsmittel, die Krankheiten, die durch Milch übertragen werden können. Von Tierkrankheiten kommen Maul- und Klauenseuche und Streptokokkenenteritis in Frage, weniger Milzbrand, da hierbei die Milchsekretion rasch aufhört; die Frage der Uebertragung tierischer Tuberkulose ist noch nicht endgültig entschieden. Von menschlichen Krankheiten spielt die Uebertragungsmöglichkeit von Scharlach und Diphtherie, die zugegeben werden muß, nur nebensächliche Rolle, ebenso die der Cholera, da Cholerabazillen durch frische rohe Milch abgetötet werden. Von größter Wichtigkeit ist aber die Uebertragung des Typhus durch die Milch, die nächst dem Wasser dabei das am

häufigsten übertragende Medium und für die Typhusbazillen ein guter Nährboden ist. Neben der Milch können auch ihre Verarbeitungsprodukte, wie Schlagsahne, Butter und Buttermilch, die Uebertragung von Typhus und besonders von Paratyphus veranlassen. Typhusbazillen können schon im Stalle mit dem Kuhkot in die Milch gelangen, dann aber auf dem ganzen Wege vom Stall bis ins Haus der Konsumenten infolge der Unsauberkeit der Milchlieferanten und Zwischenhändler. Zur Abtötung etwa in der Milch vorhandener Keime hat sich der Zusatz chemischer Mittel wie Formalin, Borax, Salizylsäure usw. praktisch nicht verwerten lassen. Neben der Erhitzung der Milch, über die der Korreferent sich auslassen wird, bleibt die Hauptsache die Prophylaxe, die Hygiene der Milchgewinnung und Versendung: gesunde Tiere, gute Ställe mit guter Wasserversorgung, Reinhaltung der Euter, Sauberkeit des Personals, eventuell bakteriologische Kontrolle auf Bazillenträger. Zum Schluß wird die Notwendigkeit eines Reichsmilchgesetzes hervorgehoben.

b) Der Korreferent, Kreisarzt Dr. Wolters-Coesfeld, spricht speziell über die Gesundheitsgefährdungen durch die Sammelmolkereien, Einrichtungen, die besonders im Laufe der letzten Jahrzehnte infolge des Aufschwunges der Viehzucht entstanden sind und deren es jetzt im Regierungsbezirk Münster 66 gibt.

Diese Sammelmolkereien sind häufig der Ausgangspunkt für Typhusepidemien. So hat Schlegtendal aus den Jahren 1892 bis 1903 35 solcher Epidemien zusammengestellt. Referent bespricht eingehender 4 Typhusepidemien aus dem hiesigen Regierungsbezirke, die im Jahre 1900 im Kreise Ahaus, 1901 in Lippborg, 1908 in Südlohn und 1910 in Appelhülsen auftraten, deren Entstehen unzweifelhaft auf Molkereien zurückgeführt werden konnte. In einem Falle wurde charakteristischerweise die Krankheit schon vom Volke als „Milchfieber" bezeichnet. Als Maßnahmen zur Verhütung solcher Epidemien kommt neben der allgemeinen Hygiene auf dem Lande, die aber wegen des geringen Verständnisses der Leute dafür nicht zu hoch anzuschlagen sei, vor allem das Pasteurisieren der Milch in den Molkereien in Betracht. Erhitzen auf 85° und schnelles Abkühlen erhält der Milch ihren natürlichen Geschmack und macht technisch nicht besondere Schwierigkeiten. Um Typhusbazillen zu töten, genügt schon ein Erhitzen der Milch auf 60° während 5 Minuten. Viele Molkereien haben wohl schon Apparate zum Pasteurisieren, benutzen sie aber nicht richtig oder gar nicht. Eine Molkerei erhitzt die Milch nur deshalb, weil die Bauern fürchten, daß durch sie Tuberkulose auf ihre Ferkel übertragen werden könnte. Als Gründe gegen das Pasteurisieren werden von den Interessenten besonders angeführt: die Milch lasse sich nach dem Erhitzen schlecht entrahmen, sie werde dadurch zur Käsebereitung ungeeignet, sie werde, wenn schon etwas säuerlich geworden, zum Gerinnen gebracht; ferner werde die Rentabilität der Molkereien durch die Kostspieligkeit des Pasteurisierens in Frage gestellt. Alle diese Einwände sind nach dem heutigen Stande der Technik nicht als stichhaltig anzusehen. Zum Schluß wird eine Anzahl Abbildungen von Pasteurisierapparaten verschiedener Systeme demonstriert.

Beide Referenten hatten gemeinschaftlich folgende Leitsätze aufgestellt:

„1. Die Milch gibt häufig Veranlassung zur Verbreitung ansteckender Krankheiten, unter denen die wichtigste Rolle der Typhus spielt.

2. Besonders erheblich ist die Gefahr der Verunreinigung mit infektiösen Keimen durch den Kleinhandel mit Milch und Milchprodukten.

Dieser Gefahr kann begegnet werden:

a) Durch strenge sanitätspolizeiliche Beaufsichtigung der Gewinnung und des Vertriebes der Milch und ihrer Produkte.
b) Durch möglichste Zentralisation des gesamten Milchverkehrs in Sammelmolkereien.

3. Durch die Zentralisation des Milchhandels in Sammelmolkereien ist die Gefahr der Verbreitung von Infektionskrankheiten nicht behoben, sondern bei etwaiger Einführung infizierter Milch noch erhöht, falls nicht für Abtöten der Krankheitskeime gesorgt wird.

4. Als einwandsfreies Mittel zur Keimtötung ohne Beeinträchtigung der

Qualität der Milch und Milchprodukte hat sich die Pasteurisierung bewährt deren gesetzliche obligatorische Einführung gefordert werden muß."

Diskussion.

Geh. Rat Dr. Krummacher-Münster fügt ergänzend zu den 4 vom Korreferenten erwähnten Molkerei-Typhusepidemien noch 2 Milchepidemien hinzu, eine aus Löchter und eine 1909 aus Münster, die zwar nicht direkt durch Sammelmolkereien, aber durch von Milchhändlern infizierte Milch verursacht waren.

Med.-Rat Dr. Schlautmann-Münster betont, daß neben den Molkereien speziell auch die Milchhandlungen gefährlich seien. Gefährlich als Infektionsträger seien besonders auch die entrahmte Milch und die Buttermilch. Etwaige Maßnahmen dürften nicht teuer sein und den Betrieb nicht stören. Er hält Erhitzen auf 60° für 5 Minuten allgemein als ausreichend und ohne Schwierigkeiten und große Kosten durchführbar. Für Sammelmolkereien und Milchhandlungen müßte die Pasteurisierung offiziell gesetzlich festgelegt werden.

Geh. Rat Dr. Finger-Berlin weist zu Punkt 2 b der Leitsätze darauf hin, daß die hier geforderte möglichste Zentralisation des Milchverkehrs mancherlei Gefahren in sich berge, zunächst die, daß die Milchproduzenten veranlaßt würden, zu wenig Milch zur Ernährung ihrer Familie zurückzubehalten, wie es in Bayern und Schleswig-Holstein schon festgestellt sei. Dadurch könne die allgemeine Volksernährung und die Wehrkraft Deutschlands geschädigt werden.

Geh. Rat Dr. Krummacher-Münster bemerkt, daß diese Möglichkeit im allgemeinen nicht bestritten werden könne, daß indes aus den nach dieser Richtung im Regierungsbezirk Münster bereits angestellten Erhebungen hervorgehe, daß die Landwirte überall ein ausreichendes Quantum von Milch, besonders für die Kinder, zurückzubehalten pflegen.

Kreisarzt Dr. Wolters-Coesfeld meint, daß nicht gerade große, sondern besser kleine Sammelstellen erstrebenswert seien und daß es von großem Vorteil wäre, wenn speziell diese zum Pasteurisieren veranlaßt würden.

Staatsminister Freiherr von der Recke von der Horst bemerkt, daß die Zentralisation der Milch jedenfalls bezüglich der Verbreitung von ansteckenden Krankheien eine wichtige Rolle spiele; es handele sich aber zunächst um die Hauptfrage, wie man dieser Gefahr zu begegnen habe. Welch andere Schädigungen auch dadurch entstehen könnten, sei mehr Nebenfrage.

Geh. Rat Dr. Finger weist auf die großen Gefahren hin, die die Zentralisation gerade durch Molkereien seither veranlaßt hat, und daß sich wohl auch aus praktischen Gründen, vielleicht auch aus Rücksicht auf die Landwirte selbst, eine zu weitgehende Zentralisation verbiete.

Geh. Rat Dr. Krummacher: Die Forderung in Nr. 2 b des Leitsatzes gehe zu weit. Es müsse davon schon in Rücksicht auf die persönliche Freiheit des Einzelnen abgesehen werden. Es sei schon viel gewonnen, wenn erreicht werden könnte, daß sämtliche Milch gleich bei ihrer Einlieferung in die Molkerei pasteurisiert werde.

Med.-Rat Dr. Helming-Ahaus glaubt, daß dieses auf Grund des preußischen Seuchengesetzes geschehen könne, wenigstens an den Orten, wo dauernd der Typhus endemisch ist, wie es in einigen Ortschaften im Kreise Ahaus der Fall ist.

Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher erwidert, daß die Seuchengesetzgebung dazu keine genügende Handhabe biete.

Geh. Rat Dr. Finger-Berlin weist noch auf die Schwierigkeit einer zwangsweisen Durchführung der Pasteurisierung hin, die häufig nur scheinbar gemacht würde, ohne daß die verlangte Temperatur erreicht würde.

Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher bemerkt, daß das Reichsviehseuchengesetz, das Bestimmungen über die Pasteurisierung der Milch enthalte, zwar vom Reichstage angenommen sei, daß aber die Veröffentlichung des Gesetzes

und der preußischen Ausführungsbestimmungen noch ausstehe. Diese würden seines Erachtens eine geeignete Gelegenheit bieten, nähere Bestimmungen über die Pasteurisierung der Milch zu treffen. Er bitte den Herrn Ministerialvertreter, in diesem Sinne an zuständiger Stelle seinen Einfluß geltend zu machen.

Auf Grund der Diskussion wird von einer Abstimmung über die aufgestellten Leitsätze abgesehen.

III. Geschäftliches (Besprechung einzelner Aenderungen der Dienstanweisung für Kreisärzte, Vereinfachung des Geschäftsganges).

Zum ersten Punkt sind keine Anfragen eingegangen, zum zweiten liegen einige vor.

Med.-Rat Dr. Heising-Borken schlägt als zweckmäßig vor, bei Schulbesichtigungen die Einladung des Kreisschulinspektors zu unterlassen, da dieser doch niemals daran teilnehme und es oft schwer sei, den Termin längere Zeit vorher sicher festzulegen.

Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher erwidert, daß die Unterlassung der Benachrichtigung der Dienstanweisung widerspreche.

Med.-Rat Dr. Helming-Ahaus bemerkt zu diesem Punkte, daß die Besichtigung der Schulen am besten ganz unvermutet gemacht werde, da man nur dann einen richtigen Eindruck bekomme. Meistens hätten aber die Lehrer durch Landrat, Amtmann oder Kreisschulinspektor von der Besichtigung Kenntnis und infolgedessen alles darauf eingerichtet.

Ob.-Reg.-Rat Heintzmann-Münster weist darauf hin, daß sich dieses vermeiden lasse, wenn man den Landrat ersucht, die unterstellten Behörden, speziell die Amtmänner, nicht von der beabsichtigten Schulbesichtigung in Kenntnis zu setzen.

Med.-Rat Dr. Heising-Borken will bei einer Wiederholung der Besichtigung einer Krankenanstalt das Besichtigungsformular nicht ein zweites mal ausfüllen.

Der Vorsitzende, Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher, entgegnet darauf, daß von den 48 Fragen des Formulars nur 17 regelmäßig zu beantworten sind, während die anderen nur bei der ersten Besichtigung und bei Veränderungen zu erledigen sind.

Kreisarzt Dr. Liebetrau-Recklinghausen ist der Ansicht, daß es zur Vereinfachung und speziell zur Beschleunigung des Geschäftsganges beitragen würde, wenn eine Anzahl Berichte, z. B. über Typhus, Kindbettfieber u. a., die für den Landrat kein Interesse hätten und von diesem doch nicht gelesen würden, direkt an die Regierung zu senden wären.

Der Vorsitzende erwidert, daß der Landrat doch für jeden derartigen Fall Interesse habe oder doch wenigstens darüber orientiert sein müsse. Der Vorschlag widerspreche vor der Hand ebenfalls der Dienstanweisung. Er weist schließlich darauf hin, daß eine wesentliche Geschäftsvereinfachung bei den Jahresberichten und zwar dadurch herbeigeführt werden könne, daß erstattete Berichte, wie beispielsweise über Apothekenmusterungen, Ortsbesichtigungen usw. nicht wörtlich, sondern in ihren hauptsächlichen Ergebnissen wiedergeben würden.

Dr. Stein-Münster i./W.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. VI.

Bericht über die IV. Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Allenstein am 7. Dezember 1910 im Plenarsitzungssaal der Königl. Regierung.

H. Reg.-Präsident v. Hellmann eröffnete um 10 Uhr vormittags die Versammlung mit einer Begrüßung des Ministerial-Kommissars Herrn Geh. Ober-Med.-Rats Dr. Abel und der übrigen vollzählig erschienenen Medizinalbeamten des Bezirks, denen mehrere kreisärztlich geprüfte Aerzte sich angeschlossen hatten und zwar zwei gleichzeitig zur Empfangnahme ihrer Prüfungszeugnisse nach kürzlich bestandener Prüfung. Er übergab sodann die Leitung der Verhandlung dem Reg.- u. Med.-Rat Dr. Meyen, der zunächst einen Ueberblick über die bisherigen 3 offiziellen Versammlungen der Kreisärzte des seit 1905 bestehenden Bezirks und ihre Beratungsgegenstände gab und dann kurz die neue Dienstanweisung besprach, soweit sie wesentliche Neuerungen gebracht hat. Außer zahlreichen eingefügten Veränderungen sind besonders die Bekämpfung des Alkohols und die Säuglingsfürsorge eingehend behandelt worden.

Ferner ist die vertrauensärztliche Tätigkeit der beamteten Aerzte neu geregelt, was sich im Bezirk in einem ein Kreiskrankenhaus betreffenden Fall bereits jüngst bewährt hat. Ohne diese Regelung, die es dem Regierungspräsidenten ermöglichte, die ärztliche Versorgung in dem Krankenhause aufrecht zu erhalten, wäre der betreffende Kreis in die größte Verlegenheit geraten.

Bevor auf das Thema „Bekämpfung des Alkoholismus", dessen Aufstellung durch die neue Dienstanweisung veranlaßt war, eingegangen wurde, regte der Reg.- u. Med.-Rat unter anderen geschäftlichen Mitteilungen die Frage des Sklerom an, über dessen zahlreicheres Vorkommen im Bezirk neuerdings berichtet werden soll. Es wird notwendig sein, Abwehrmaßregeln gegen Sklerom zu treffen, ob ähnlich wie gegen Lepra, bleibt dahin gestellt, obwohl Krankheitsform und Auftreten einen Vergleich zulassen. Die Infektiosität erscheint nicht so erheblich, wie von manchen Seiten betont wird. Die Geschwulstform, deren Sitz zunächst die Nase, dann aber hauptsächlich der Nasenrachenraum, Kehlkopf und Luftröhre ist, neigt nicht zu Zerfall, sondern zu Schrumpfung, so daß schließlich die Luftwege zugeschnürt werden und die Kranken erschwerte Atmung bis zur Erstickung, jedoch wenig Absonderung zeigen. Die Vorbedingung zur Bekämpfung ist die genaue Kenntnis unter den Aerzten. Die Diagnose ist erschwert und besonders im Anfangsstadium nur durch Rhinoskopie und Laryngoskopie sicher erreichbar. Die Bekämpfung wird voraussichtlich mehr spezialärztlich, ähnlich wie bei Lupus, stattfinden müssen.

Es wurden Karten und Abbildungen nach Prof. Dr. Gerber-Königsberg gezeigt und Herr Geh. Rat Dr. Abel gebeten, beim Herrn Minister den Wunsch der Medizinalbeamten hinsichtlich eines kurzen Kursus in der Diagnostik befürworten zu wollen. Herr Geh. Rat Dr. Abel hielt dies für begründet und sagte nach einer Darstellung des wesentlichen Verhaltens des Skleroms in seinem Vorkommen und seiner Infektiosität seine Unterstützung zu mit dem Hinzufügen, daß es wohl zweckmäßig sei, auch die Aerzte dabei zu beteiligen.

Darauf wurde in die Tagesordnung eingetreten.

I. **Die Bekämpfung des Alkoholismus (§ 81a der Dienstanweisung).**

a. Der Referent, Kreisarzt Dr. Zelle-Lötzen, hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

„1. Die Hauptursache für die Verbreitung des Alkoholismus ist in der Ungunst der sozialen Verhältnisse der arbeitenden Klassen zu suchen, denen die gebildeten Kreise leider durchaus nicht immer ein gutes Beispiel durch Mäßigkeit geben.

2. Die Ausdehnung des Alkoholismus bedeutet eine schwere Gefahr für Gesundheit, Wohlstand und Sittlichkeit der Nation.

Er füllt Krankenhäuser, Irrenhäuser, Gefängnisse und Zuchthäuser.

Er verschlingt gewaltige Mittel, die zur Förderung der Kultur angewandt werden könnten.

Durch Minderwertigkeit der Nachkommen der Trinker tritt eine allmähliche bedenkliche Degeneration der Rasse ein.

Somit untergräbt der Alkoholismus das Werk der sozialen Reform.

3. Mehr Erfolg als die Abstinenzbewegung verspricht für die Masse des Volkes die Mäßigkeitsbewegung.

4. Die Mäßigkeitsbewegung hat ihr Hauptziel zu suchen nicht in individueller Behandlung einzelner Alkoholkranker, sondern in der direkten Bekämpfung des Alkoholismus durch Belehrung, Aufklärung und Hebung der sozialen Lage des Volkes.

5. Durch gesetzliche Bestimmungen allein können wohl einzelne Symptome des Alkoholismus oder einige seiner Folgen für die Gesellschaft beseitigt, nie aber kann durch Gesetze der Alkoholismus selbst besiegt werden.

6. Daher liegt die Hauptaufgabe des Kreisarztes in dieser Frage auf dem Gebiet der Belehrung des Volkes, insbesondere der Jugend.

7. Der Kreisarzt ist durch seine Stellung und durch seine Dienstanweisung der geborene Führer im Kampf gegen Alkoholismus, ihm gebührt daher, wenn irgend möglich eine führende Stelle in den Abstinenz- bezw. Mäßigkeitsvereinen.

8. Die Verteilung der Quenselschen Karten bei den Impfnachschauterminen allein genügt nicht, auch sind diese Termine nicht sehr geeignet zu dem besagten Zweck."

Referent verglich eingangs zwei der wichtigsten Volksrankheiten, Tuberkulose und Alkoholismus mit einander und stellte fest, daß während jene eine Seuche ist, die des allgemeinen Interesses und des regsten Eifers zu ihrer Bekämpfung sich erfreut, diese bei weitem weniger gewürdigt wird in bezug auf seine verhängnisvollen Folgen für den einzelnen und die Volkswohlfahrt.

Es wurde dann auf die Erscheinungen des Alkoholismus im Bezirk eingegangen. Referent glaubt, daß eine exakt genaue Feststellung der Alkoholfragen unmöglich ist, daß man aber der Wahrheit am nächsten kommt, wenn man die Schuljugend auf Folgen des Alkoholgenusses untersucht. Referent hat dies in seinem Kreis getan und hat gefunden, daß 76% aller Volksschüler bereits Bier, 61% der Knaben, 45% der Mädchen bereits Grog genossen haben. Schnapsgenuß war für 25% der Knaben, 18% der Mädchen nichts neues. Am wichtigsten aber ist die Tatsache, daß 164 Knaben und 63 Mädchen infolge unmäßigen und dauernden Genusses von Schnaps körperlich und geistig degeneriert sind (die genauere Darstellung dieser Verhältnisse wird in der Zeitschrift die „Alkoholfrage" geschehen).

Referent streifte dann noch die Zahlen der alkoholkranken Irren, der an Delirium gestorbenen und der im Alkoholrausch freiwillig aus der Welt geschiedenen, wies aber darauf hin, daß diesen Zahlen fast gar kein Wert beizulegen ist, da sie viel zu niedrig seien.

Dasselbe gilt von den offiziellen Zahlen über „Alkoholismus als Ursache des Pauperismus".

Von den Bekämpfungsmaßnahmen wurden zunächst die Einschränkung in der Erteilung der Schankkonzession und die Einführung früher Polizeistunden besprochen und empfohlen. Energisch wurde eine Aufhebung der gerade in Masuren im schlechtesten Rufe stehenden Kneipen mit weiblicher Bedienung gefordert. Ueber den Wert der Bestimmung, daß der Kreisarzt zu prüfen habe, ob Einschränkungen über Zeit und Ort der Lohnzahlungen bei den Arbeitern wünschenswert erscheine, sprach sich Referent sehr skeptisch aus und meinte, die Großindustrie würde wohl sehr schwerlich geneigt sein, hier den Medizinalbeamten einen Einfluß einzuräumen.

Als Ersatz für Alkohol werden Milch, Selters, Kaffee und Tee vorgeschlagen und dargetan, was die einzelnen großen Verwaltungen, z. B. die der Bahn, in dieser Beziehung geleistet hätten. Die alkoholfreien Getränke werden als bis jetzt noch unvollkommen in bezug auf Geschmack, Preis und

sogar an Alkoholgehalt dargestellt und der dringende Wunsch ausgesprochen, es möge der Industrie gelingen, uns ein wirklich alkoholfreies, billiges und wohlschmeckendes Getränk zu bescheeren.

Dann wandte sich Referent der Besprechung der Vereinstätigkeit zu. Nach einem kurzen historischen Rückblick auf die Entwicklung der Abstinenz- und Mäßigkeitsbewegung wurden die einzelnen großen Vereine besprochen und miteinander verglichen. Referent ist der Ansicht, daß für die große Masse des Volkes die Mäßigkeitsbewegung mehr Nutzen bringt, als die mehr für individuelle Zwecke sich eignende Abstinenz. Er hält es für nötig, daß der Kreisarzt sich möglichst an die Spitze der Mäßigkeitsbewegung stellt und auf alle Weise, durch Verteilung von Belehrungsblättern und durch Vorträge zu wirken versucht. Allerdings dürfte der betreffende Medizinalbeamte selbst dann nicht ein stadtbekannter Freund des Alkohols sein, sonst würde sein Bestreben ins Lächerliche gezogen werden. Besonders wichtig sei es, die Lehrer über die Folgen des Alkohols zu belehren, damit diese wiederum ihrerseits der heranwachsenden Jugend die Wahrheit lehren könnten.

Referent schloß mit dem Hinweis, daß der Alkoholismus lediglich ein Ausfluß der sozialen Frage sei und nimmermehr durch Polizeimaßnahmen allein aus der Welt zu schaffen. Staat und Kirche, Gesellschaft und Vereine müssen sich die Hand reichen, dazu wird allerdings erst in späterer Zukunft das Ziel, unser Volk aus den Sklavenbanden des Alkohols zu lösen, erreicht werden.

b. Der Korreferent, Kreisassistenzarzt Dr. Hoppe-Willenberg, hatte im Anschluß an die Thesen des Referenten folgende Leitsätze aufgestellt:

„9. Die organisierte Trinkerfürsorge durch Beratungsstellen bezweckt einen individuellen Einfluß auf die Trunksüchtigen, ihre Heilung und Besserung. Der Kreisarzt hat die Einrichtung solcher Alkoholwohlfahrtsstellen nicht nur für die Großstädte, sondern auch für die ländlichen Kreise mit dem Sitze in in den Kreisstädten anzustreben. Die Wohlfahrtsstellen werden zweckmäßig an bestehende Vereine angeschlossen.

10. Die Wohlfahrtsstelle nimmt Anmeldungen von Trunksüchtigen entgegen, stellt deren persönliche Verhältnisse und Lebensgewohnheiten fest, tritt ihnen durch ihre Helfer und Helferinnen durch häusliche Besuche näher und sucht sie zur Einsicht in die Schädlichkeit des Trunkes und zu dem Entschluß der Abstinenz zu bringen.

11. Das alleinige Rettungsmittel für das trunksüchtige Individuum ist völlige und dauernde Abstinenz. Deshalb ist die Gründung von Abstinenzvereinen überall zu fördern. Ihre Mitglieder sind die unentbehrlichen Helfer bei der Trinkerrettung.

12. Gegen uneinsichtige, abweisende Trunksüchtige sind die gesetzlichen Zwangsmittel herbeizuführen (Entziehung der elterlichen Gewalt, Entmündigung, Einweisung ins Arbeitshaus).

13. Bei den schweren Fällen von Trunksucht hat nur eine mehrmonatige Anstaltsbehandlung, am besten in einer Trinkerheilanstalt Aussicht auf Erfolg. Die Errichtung einer öffentlichen Trinkerheilstätte für Ostpreußen ist ein dringendes Bedürfnis.“

Der Korreferent behandelte die individuelle Beeinflussung der Trunksüchtigen. Da durch gewohnheitsmäßigen Trunk die geistigen Fähigkeiten geschädigt werden, ist eine solche Beeinflussung oftmals schwer. Das Beste leisten organisierte Fürsorgestellen, wie sie bereits in einer Anzahl von Großstädten bestehen. Es müssen aber auch für die ländlichen Kreise Wohlfahrtsstellen geschaffen werden. Die Tätigkeit der Königsberger Wohlfahrtsstelle wurde erläutert. Die Helfer, welche die Trinker persönlich aufsuchen und zur Abstinenz bekehren, werden am besten aus Abstinenzvereinen herangezogen. Also gilt es, die Ausbreitung solcher Abstinenzvereine überall, auch in den kleinsten Orten zu fördern. Auch die gemeinnützigen Vereine und die berufsmäßige Kranken- und Armenpflege können geeignete Helfer liefern. Es wurde geschildert, wie eine Alkoholwohlfahrtsstelle in einer ländlichen Gegend organisiert werden soll. Wenn die gütliche Beeinflussung durch die Helfer nichts nutzt, müssen Zwangsmaßregeln eingeleitet werden. Proskribierung durch die Trinkerlisten kann in ländlicher Gegend bei scharfer

Kontrolle der Polizei viel nützen. Auch die Entziehung der elterlichen Gewalt und die Fürsorgeerziehung der Kinder ist bisweilen nötig, wenn diese zu verwahrlosen drohen. Danach wird die Entmündigung der Trinker behandelt. Der Nutzen der Entmündigung besteht in wirtschaftlicher Sicherung und in der Möglichkeit, den Trinker zur Anstaltsbehandlung zu zwingen. Diese soll als Heilmittel gegen schwere Trunksucht und als Vorbeugungsmittel gegen die alkoholischen Nerven- und Geisteskrankheiten dienen, die näher geschildert werden. Die Anstaltsbehandlung erfolgt am besten in Trinkerheilstätten. Die Kosten dafür und eine Unterstützung der Trinkerfamilie sind bei Bedürftigen von Landesversicherungsanstalten, Krankenkassen usw. zu erwirken. In Ostpreußen können Trinker bisher nur in einer Abteilung der Carlshöfer Anstalten für Epileptische untergebracht werden; die Errichtung einer selbständigen, öffentlichen Trinkerheilstätte für Ostpreußen ist daher dringend notwendig, für deren Erbauung detaillierte Vorschriften gemacht werden.

Diskussion.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Meyen knüpft an Leitsatz 5 an: Gesetzliche und polizeiliche Bestimmungen sollten als unterstützende Mittel bei der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs nicht vernachlässigt werden. Die Kontrolle der Schankkonzession nach örtlichen Verhältnissen kann vieles bessern; auch die Schankkonzessionssteuer könne als prophylaktische Handhabe im Kampfe gegen den Alkohol betrachtet werden.

Kreisarzt Dr. v. Petrykowski geht auf die Untersuchung der Schulkinder näher ein. Bei direkten Fragen der Kinder bekäme man keine genaue Auskunft; deshalb sei es zweckmäßiger, daß der Lehrer ausfragt. Die Prozentsätze der trinkenden Kinder erscheinen ihm zu hoch gegriffen; nur in einzelnen Familien tränken auch Kinder.

Kreisarzt Dr. v. Decker knüpft an die Entmündigung der Trinker an. Bei vorübergehenden geistigen Störungen fehlen die geeigneten Mittel zum Vorgehen gegen die Trinker. Der Staatsanwalt muß das Recht haben, direkt die Entmündigung zu beantragen. Die Gemeindeverbände sowie die Angehörigen seien nicht so geeignet dazu; auch ginge dann viel Zeit verloren. Die Trinkerheilanstalten seien zu teuer und die Erfolge nicht sehr bedeutend. Es müßten Trinkerasyle vorhanden sein, die sehr einfach gehalten werden könnten. Er halte den Prozentsatz der an Alkohol gewöhnten Schulkinder doch für recht hoch.

Kreisarzt Dr. Wollermann rät, mit der Tuberkulosefürsorgestelle nicht die Alkoholbekämpfungsstelle zu vereinen, besonders nicht in kleinen Bezirken, z. B. in den Kreisstädten. Das hielte die Leute davon ab, sich der Tuberkulorefürsorgestelle zu bedienen, weil sie in Verdacht kommen könnten, Trinker zu sein.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Meyen stimmt dem zu. In großen Städten empfiehlt sich die Vereinigung in Form von „Fürsorgeämtern"; in kleinen Gemeinden seien die Verhältnisse zu durchsichtig.

Geh. Rat Dr. Abel lobt den Erfolg, den man von der Vereinigung in großen Städten sehe. Man solle die Stelle nur „Wohlfahrtsstelle" nennen, nicht Tuberkulose- oder Alkoholfürsorgestelle. Das allgemeine Interesse für die Alkoholbekämpfunghat in letzter Zeit einen gewaltigen Aufschwung genom men; die Medizinalbeamten müssen das Interesse fördern. Sehr gut bewähren sich dabei Elternabende, Vorträge in Jünglingsvereinen, bei Lehrerkonferenzen. Belehrung bei Impfnachschauterminen mittelst der Quenselschen Karten sei auch zweckmäßig, wenn auch nicht so günstig wie die bei anderen Gelegenheiten. Die Traktätchenart der Belehrungen in den „Blättern zum Weitergeben" über die Alkoholgefahren sei im Publikum ein Hindernis; die Leiter der Anstalten wären meistens Pastoren. Jetzt wäre man mehr dafür, Aerzte als Leiter zu nehmen. Schwierig sei auch eine amtliche Einwirkung auf die Erteilung von Schankkonzessionen. Die Konzessionssteuer habe leider oft das Gegenteil von dem Beabsichtigten erreicht. Viel besser und wirksamer sei „die Gasthausreform", die einige Kreise eingeführt hätten. Der „Verein für Gasthausreform" bestehe schon. Die Konzession erteilenden Behörden seien am Gewinn beteiligt; die Pächter hätten kein Interesse an dem Absatz des Alko

hols. Sehr segensreich habe auch die „Gesellschaft für gemeinnützigen Milchausschank“ besonders in Rheinland, Westfalen, Hessen-Nassau gewirkt. Diese Gesellschaft interessiere Industrielle, welche ihr Unterstützung gewährten. Man gründe Stellen für Abgabe von Milch und alkoholfreien Getränken. Vielleicht könne man auch in Ostpreußen bald ähnliches erreichen.

Der Vorentwurf für das neue Reichsstrafgesetzbuch verfahre auch schon anders mit den Trinkern, insbesondere nicht mehr so milde. Es könne jetzt viel eher Ueberweisung in die Trinkerheilanstalt erfolgen. Die im II. Referat empfohlenen „Fürsorgestellen“ seien schon vielfach mit sehr gutem Erfolge errichtet. Durch Beiträge beteiligten sich daran Arbeiterverbände, Industrielle und besonders die Landesversicherungsanstalten; letztere seien im Rheinland geradezu vorbildlich für die Bekämpfung des Alkohols. Sie unterstütze die Entlassenen durch Beiträge an Abstinenzvereine.

Aeußerst wertvoll sei eine lebhafte Propaganda für die gute Sache in den Zeitungen; besonders eigneten sich dazu auch die Kalender, die im Winter auf dem Lande viel gelesen würden. Die Führung der Trinkerlisten sei oft mit Schwierigkeiten verbunden; ein darin aufgenommener Trinker könne sich dann aus der nächsten Ortschaft Schnaps holen. Sehr nutzbringend sei die „vorläufige Vormundschaft“. Da die Verhandlungen im Entmündigungsverfahren sich meist sehr lange hinziehen, könne bei Gefährdung des Vermögens aus § 1666 und ff. des B. G. B. eingeschritten werden.

In den Trinkerheilanstalten muß das Personal unbedingt abstinent sein; daher eigneten sich für geheilte Trinker zum Anschluß auch besser Abstinenzvereine; Mäßigkeitsvereine sind hier auch nicht so erfolgreich. Leute, die Rente beziehen, sind sehr häufig Trinker und geben dann ein schlechtes Beispiel, besonders wenn sie zu leicht die Rente bekommen haben. Zweckmäßig wäre im Invalidenrentengesetz die Bestimmung: die Rente in natura zu verabfolgen oder noch besser sie in natura der Familie auszuhändigen.

Im Schlußwort betont Kreisarzt Dr. Zelle, daß die von ihm ermittelten 61 % Alkohol genießenden Schüler nicht sämtlich dauernd Alkohol zu sich nähmen; immerhin aber sei es eine schwerwiegende Tatsache, daß 5 % der Schulkinder, wie er bei seinen Untersuchungen feststellen konnte, infolge Alkoholgenuß idiotisch geworden wären.

II. Bekämpfung von Diphtherie-Epidemien, besonders durch Schutzimpfungen.

a. Der Referent, Kreisassistenzarzt Dr. Glaubitt-Prostken, hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

„1. Im Gegensatze zur Abnahme der Mortalität ist die Zahl der Erkrankungen an Diphtherie nicht nennenswert zurückgegangen.

2. Bei der Epidemiebekämpfung der Diphtherie müssen die Eigenarten der Krankheit, besonders ihre Uebertragungs- und Verbreitungsweise berücksichtigt werden.“

Zu ihrer Begründung führte er folgendes aus:

Ist seit Einführung der Serumtherapie die Sterblichkeitsziffer der Diphtherie ganz erheblich zurückgegangen, so hat die Ausdehnung ihrer Epidemien kaum abgenommen. Bei der Bekämpfung sind alle speziellen Besonderheiten der Krankheit zu zurücksichtigen.

Für die Erkennung und Feststellung ist von der Symptomatologie besonders zu beachten, daß nicht nur die typischen Veränderungen des Rachens, sondern alle vom Löfflerschen Bazillus verursachten Erkrankungen, die nur durch den bakteriologischen Nachweis mit Sicherheit erkennbar sind, als Diphtherie aufzufassen sind.

Ist das sichere Erkennen und die einwandfreie Feststellung einzelner Fälle die unumgängliche Vorbedingung jeder Epidemiebekämpfung, so muß für den Bekämpfungsplan selbst die Verbreitungsweise von ausschlaggebender Bedeutung sein. Das hauptsächlichste Moment für die Entstehung und Verbreitung von Diphtherie-Epidemien ist die Kontaktinfektion auf direktem oder indirektem Wege. Auch die Infektion durch Bazillenträger kann als indirekte Kontaktinfektion aufgefaßt werden.

Betreffs der Therapie ist in bezug auf die Epidemiebekämpfung zu beachten, daß die Schutzimpfung nur die Diphtherietoxine unschädlich macht, während die Bazillen des immunisierten Individuums sehr wohl zu weiterer Infektion Anlaß geben können.

b. Der Korreferent, Kreisarzt Dr. Lemke-Sensburg, hatte folgende Leitsätze aufgestellt:

„1. Die durch das Gesetz vom 28. August 1905 vorgeschriebenen Maßnahmen zur Verhütung der Verbreitung der Dipththerie sind im allgemeinen ausreichend.

2. Die Absonderung der Kranken ist nur selten in der Familie durchzuführen. Eine Ueberführung in das Krankenhaus stößt auf Schwierigkeiten, einmal der Kosten wegen, dann auch, weil die Kranken gewöhnlich 24 Stunden nach der Serumeinspritzung gesund sind.

3. Die Durchführung der angeordneten Maßnahmen wird um so besser gelingen, je mehr der behandelnde Arzt durch unablässige Belehrung auf die betreffende Familie einwirken kann. Der Kreisarzt muß diese Tätigkeit des Arztes nach Möglichkeit unterstützen.

4. Zu den Gewerbebetrieben, durch welche die Diphtherie eventl. weiterverbreitet werden kann, wären zweckmäßig nicht nur Nahrungsmittelhandlungen, sondern auch Betriebe zur Herstellung von Kleidungsstücken zu rechnen (Schneider, Schuhmacher).

5. Alle kranken Kinder und alle gesund gebliebenen, irgend eine Schule besuchenden Kinder aus den verseuchten Familien sollen, wenn möglich, bakteriologisch kontrolliert werden. Die Anordnungen für alle Kinder sind erst aufzuheben, wenn sie sich als bazillenfrei erweisen.

6. Die prophylaktische Impfung bei Diphtherie ist ein wesentliches Mittel zur Bekämpfung der Krankheit."

Der Korreferent äußerte sich folgendermaßen:

Jede Bekämpfung einer übertragbaren Krankheit beginnt mit ihrer Feststellung. Wenn auch das therapeutische Vorgehen bei der Diphtherie im wesentlichen durch den klinischen Befund beeinflußt werden muß, empfiehlt es sich, zur Sicherstellung der Aetiologie soweit wie nur möglich, von der bakteriologiscken Diagnose durch die Medizinaluntersuchungsämter Gebrauch zu machen. Da während einer Diphtherie-Epidemie nicht wenige harmlose Mandelentzündungen vorkommen, werden auf diese Weise solche Fälle vor überflüssigen polizeilichen Anordnungen geschützt. Darauf, daß die Ortspolizeibehörde nach erhaltener Anzeige unverzüglich ihre Anordnungen trifft, muß von dem beamteten Arzt genau geachtet werden. Eine ausreichende Absonderung ist in nur wenigen Fällen möglich. Ueberführung in ein Krankenhaus stößt auf Schwierigkeiten wegen des nach Anwendung von Heilserum schnellen klinischen Genesens der Kinder, dann auch wegen der Kosten. Am besten erreicht man eine Absonderung der Kranken in der eigenen Wohnung dadurch, daß er im Bette bleibt, bis der Rachenschleim bazillenfrei ist. Die vom Besuche der Schule und des Unterrichts ausgeschlossenen Kinder dürfen erst dann zur Schule gelassen werden, wenn ihr Rachenschleim ebenfalls baziellenfrei ist. Die fortlaufende Desinfektion wird um so besser ausgeführt, je mehr sich behandelnder und beamteter Arzt um diese wichtige Maßnahme kümmern. Die Schlußdesinfektion darf erst ausgeführt werden, wenn der Kranke bazillenfrei ist. Leichenfeiern und Leichenschmäuse müssen verhindert werden. Zu den gewerblichen Betrieben, welche geeignet sind, die Diphtherie weiter zu verbreiten, gehören nicht nur Nahrungsmittelhandlungen, sondern auch Betriebe zur Herstellung von Kleidungsstücken (Schneider, Schuhmacher).

Ueber den Wert der Schutzimpfung wurden gelegentlich der diesjährigen Diphtherie-Epidemie in Sensburg folgende Erfahrungen gemacht: In den Tagen vom 18.—23. August erkrankten in der Stadt plötzlich 16 Kinder an Diphtherie. In Uebereinstimmung mit den Aerzten der Stadt wurde von der Schutzimpfung in den von der Diphtherie befallenen Familien und bei den Kindern des hauptsächlich betroffenen Stadtteils ausgiebig Gebrauch gemacht. Im ganzen wurden 341 Kinder im Alter von 2—12 Jahren, davon 169 auf Kosten der Stadt in einem öffentlichen Impftermin am 26. August, zu

dem die einfachsten Leute sich geradezu drängten, schutzgeimpft. Von diesen 5.. Kindern erkrankten innerhalb der Schutzfrist von 4 Wochen 1, später noch 2; von diesen 1 sehr leicht, 1 tödlich an Croup. Die Epidemie ging, die geimpften Kinder mit den genannten Ausnahmen vermeidend, weiter; es erkrankten noch 41 Kinder, im ganzen 71 Erkrankungen mit 2 Todesfällen in 47 Familien. Je 1 Kind erkrankte in 33 Familien, von denen 8 nur das 1 Kind hatten; in den übrigen 25 Familien waren noch 56 bedrohte Kinder, von diesen wurden sofort bei der ersten Erkrankung 56 geimpft, 2 (darunter 2 Säuglinge) nicht. Je 2 Personen erkrankten in 11 Familien, von denen 8 nur 2 Kinder hatten; in weiteren 7 Familien waren noch 17 bedrohte Kinder, von diesen wurden bei dem 1. Krankheitsfall 4, bei dem 2. Fall in derselben Familie 3, 1 nicht geimpft; in einem Fall erkrankten 2 Kinder gleichzeitig im Waisenhaus. Die anderen Insassen waren schon vorher schutzgeimpft; die Kranken kamen sofort ins Krankenhaus. 4 Personen erkrankten in einer Familie, die den Arzt erst am 3. Krankheitstage der ersten beiden gleichzeitig erkrankten Kinder holte und eine Schutzimpfung nicht zuließ. All diese gemachten Erfahrungen lassen den Referenten die Schutzimpfung, rechtzeitig und in möglichst großem Umfange ausgeführt, als ein wichtiges Mittel zur Bekämpfung von Diphtherie-Epidemien ansehen.

Diskussion.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen tritt den Leitsätzen ad I voll und ganz bei. Es komme auf die Entstehungs- und Verbreitungsweise der Diphtherie an. In großen Städten sind die Schwierigkeiten, die Schutzimpfungen gründlich und ausgiebig auszuführen, sehr erhebliche; z. B. gab es in Spandau bei einer Epidemie trotz umfangreicher Schutzimpfungen Mißerfolge, wohl infolge andauernden Kontaktes von Berlin her. Es wurde auch beobachtet, daß das Heilserum bei immunisierten Kindern, welche nach Ablauf der Schutzzeit erkrankten, versagte. Durch Prof. Dr. Wassermann werde mehr die kurative Anwendung des Heilserums in den Vordergrund gestellt. In kleinen Orten, mit günstig getrennten Wohnungen, wie z. B. in der Villenkolonie Grunewald, war die Schutzimpfung erfolgreich. Der Kontakt war naturgemäß sehr beschränkt und die einzelnen Familien ließen ihre Kinder sämtlich impfen. Die Schutzimpfung bei Diphtherie sei als Seuchenbekämpfungsmittel unentbehrlich.

Kreisarzt Dr. Zelle: Die Maßnahmen betreffs Feststellung und Bekämpfung der Diphtherie liegen in den Händen der praktischen Aerzte; die Kreisärzte sind fast ausgeschaltet. Kontrolluntersuchungen nach der Krankheit werden so gut wie garnicht gemacht. Die Kreisärzte müßten wieder die ersten Fälle zur Feststellung bekommen.

Geh.-Rat Dr. Abel erklärt hierzu, daß für eine Aenderung in diesem Sinne die gesetzgebenden Körperschaften voraussichtlich nicht zu haben sein würden.

Kreisarzt Dr. v. Decker äußert sich zu Leitsatz 6: In einer kleinen Gemeinde erkrankten 5 Kinder; es traten sofort 3 Todesfälle auf. Daher schritt man zu ausgiebigen Schutzimpfungen bei allen Kindern (66) zwischen 9 Monaten und 14 Jahren. In keinem Falle kam es zu einer Neuerkrankung.

Die Aerzte sollten außer der vorgeschriebenen Anzeige auch noch eine direkt an den Kreisarzt richten, wie es in seinem Kreise schon gehandhabt würde, damit der Kreisarzt seine Anordnungen, z. B. hinsichtlich der Teilnahme an Begräbnissen, zeitig treffen könne. Der Kreisarzt solle auch die bakteriologische Feststellung machen.

Geh.-Rat Dr. Abel hält dies nicht für tunlich, da hierzu die Medizinaluntersuchungsämter berufen sind. Es läßt es dahingestellt, ob schutzgeimpfte Kinder später im Falle der Erkrankung heftiger erkranken. Sehr wertvoll ist jedenfalls deshalb die Schutzimpfung, weil durch sie die Zahl der Bazillenträger herabgemindert wird. Die Bazillenträger wochen- und monatelang von jedem Verkehr fernzuhalten, ist sehr schwierig. Daher muß bei Epidemieausbruch sofort im weitesten Umfange die Schutzimpfung vorgenommen werden.

Kreisarzt Dr. v. Decker berichtigt ein Mißverständnis. Er wolle nur die Feststellung der klinischen Diagnose und Abnahme von Untersuchungs-

material, nicht die bakteriologische Untersuchung in die Hand des Kreisarztes gelegt wissen.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen betont, daß der Kreisarzt sich in „besonderen" Fällen, zu denen auch Häufungen der Krankheit oder hohe Sterblichkeit zu rechnen seien, namentlich jedoch bei Epidemien an der Bekämpfung sehr energisch beteiligen soll und kann. Wichtig wäre dabei auch eventuell die Berufung der Gesundheitskommissionen. Ferner sei, was bisher nicht erwähnt, die Schließung der Schulen ein sehr wichtiger Faktor in der Bekämpfung der Seuche, besonders um einzelne Klassen oder die ganze Schule gründlich zu desinfizieren.

Im Schlußwort bringt Kreisarzt Dr. Lemke zum Ausdruck, daß die gesetzlichen Handhaben bei der Bekämpfung der Diphtherie im Allgemeinen genügten.

III. **Typhusfeststellungsformular.**

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Meyen bringt einen neuen Entwurf eines Typhusfeststellungsformulars zur Erörterung. Das Muster sei namentlich für die Klarlegung der örtlichen Verhältnisse und für die Durchführung der Schutzmaßnahmen entworfen. Die Ortspolizeibehörden müßten bei den Maßnahmen mehr beteiligt werden, wie bisher. Ihre Mitbeteiligung sei im Bezirk aus mehrfachen Gründen erschwert; es werde aber die Aufgabe der Kreisärzte sein, hierin Wandel zu schaffen, um durch Belehrung das gesetzlich Geforderte allmählich zu erreichen. Dies werde gelingen, wenn mit den Ortspolizeibehörden die Schutzmaßregeln und ihre Anwendung, die Listenführung und die übrigen Erfordernisse, die in den einzelnen Anweisungen zur Ausführung der Seuchengesetze genau enthalten sind, erörtert würden. Außerordentlich wichtig sei es, daß die Ortspolizeibehörden auch die Durchführung der Absonderung und Desinfektion überwachen lassen und dazu die amtlichen Desinfektoren gewissermaßen als „Gesundheitsaufseher" mehr wie bisher heranziehen, da diese als solche in der Desinfektorenschule unterrichtet seien. Das wesentliche bleibe, daß die Kreisärzte den ganzen Gang der Bekämpfung der Infektionskrankheiten und hier besonders des Typhus im Auge behalten und regeln. Daß dies einheitlich und zweckmäßig geschehe und erleichtert werde, dazu sollten diese Erörterungen dienen.

In der Diskussion, an der sich Herr Reg.-Präsident, Geh. Rat Dr. Abel, Ob.-Reg.-Rat Jachmann, Reg.- und Med.-Rat Dr. Meyen und die Kreisärzte Dr. v. Petrykowski, Dr. Lemke und Dr. v. Decker beteiligten, wurde festgestellt, daß das neue Formular in zweckmäßigster Weise alles Erforderliche zur Feststellung der Krankheit enthalte und wegen seiner Kürze und prägnanten Form zur Einführung sehr geeignet sei.

Zum Schluß sprach Herr Reg.-Präsident Herrn Geh. Rat Dr. Abel für sein Erscheinen und seine rege Anteilnahme an den Verhandlungen, sowie auch den Referenten für ihre gut vorbereiteten und interessanten Vorträge seinen Dank aus. Dr. Meyen-Allenstein.

Bericht über die Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Osnabrück am 1. Oktober 1910 im Sitzungssaale der Königl. Regierung zu Osnabrück.

Anwesend: die Herren Reg.-Präs. Boetticher, Ob.-Reg.-Rat Gärtner, Reg.- und Med.-Rat Dr. Schneider, die Landräte der Kreise Osnabrück-Land, Aschendorf, Bersenbrück, Lingen und Meppen. Professer Dr. med. P. Jacob-Berlin, Dr. Fischer, Vorsteher der Auslandsfleischbeschaustelle in Bentheim. Sämtliche Kreisärzte des Bezirks mit einer Ausnahme (Landkreis Osnabrück) und die staatsärztlich geprüften Aerzte Dr. Diekmann-Schüttorf und Dr. Schürmeyer-Iburg.

Nach einer Begrüßung der Versammlung durch den Herrn Regierungspräsidenten eröffnete der Vorsitzende, Herr Reg.-Med.-Rat Dr. Schneider, die Verhandlungen:

I. Ueber die Bekämpfung der Tuberkulose in den ländlichen Kreisen des Regierungsbezirkes Osnabrück. Referent: Prof. Dr. P. Jacob-Berlin.

Auf Anregung der Geheimräte Koch und Kirchner hat Prof. Dr. Jacob

im Auftrage des preuß. Kultusministeriums seit Anfang des Jahres 1910 im Kreise Hümling systematisch Untersuchungen über die Tuberkulose-Verbreitung vorgenommen. Es wurde gerade dieser Kreis für die Untersuchungen gewählt aus folgenden Gründen:

Der Kreis Hümling hat nach der Statistik schon seit Jahren die größte Tuberkulosesterblichkeit von allen Kreisen der preuß. Monarchie. Der Kreis hat eine durchaus ländliche Bevölkerung, befindet sich abseits von jeder größeren Stadt und jeder Industrie, so daß ein Hereinströmen fremder Elemente so gut wie ausgeschlossen erscheint. Er hat eine verhältnismäßig große Ausdehnung und ist schwach bevölkert; auf einer Bodenfläche von 90000 Hektar wohnen etwa 17000 Menschen, darunter etwa die Hälfte Kinder. Größere Städte oder Dörfer sind überhaupt nicht vorhanden. Der Umfang jeder der 39 Gemeinden beträgt 50 bis 250 Häuser. Es war also nicht möglich etwa in einem oder mehreren dieser Dörfer eine Fürsorgestelle einzurichten, sondern es mußte eine andere Methode der Tuberkulose-Feststellung und Bekämpfung gewählt werden.

Auf dem Lande kann man die Tuberkulösen nur ermitteln, wenn man sie an Ort und Stelle in ihren Häusern aufsucht und jedes Haus in den Dörfern prüft. Bei diesem allerdings sehr mühsamen und zeitraubenden Systeme werden alle Ansteckungsquellen aufgedeckt. Zunächst wurden mehrere seit Jahren im Kreise ansässige Schwestern speziell ausgebildet. Sie machten dazu besondere Kurse in Berlin mit. Alsdann stellten die Schwestern an der Hand von Fragebogen, die Prof. Dr. Jacob entworfen hatte, in jedem einzelnen Hause ihre Ermittelungen an. Diese bezogen sich zunächst auf die wichtigsten anamnestischen Daten aus dem Leben der Bewohner jedes Hauses: Alter, Geburtsort, früherer und jetziger Beruf usw. Besonderes Gewicht wurde dann auf die Erkundung nach den nächsten Angehörigen gelegt, Gesundheitsverhältnisse, Todesursache usw. sowohl bei Aszendenten, wie Deszendenten. Ganz besondere Aufmerksamkeit wurde der Lage und Beschaffenheit des Wohnhauses gewidmet. Wo und wie es gelegen, Angabe der Räume, Höhe, Breite, Tiefe, Luftraum, Schlafzimmer, ob heizbar und mit zu öffnenden Fenstern versehen, ob trocken und hell, Anzahl und Belegung der Betten und „Butzen", Anzahl der im Hause wohnenden Leute überhaupt, Sauberkeit; diese und andere Fragen wurden in jedem Fragebogen beantwortet. Waren Lungenkranke im Hause, so galten ihnen noch eine Reihe besonderer Fragen. Schließlich schlugen die Schwestern auf Grund ihrer Wahrnehmungen in jedem Hause vor, ob und welche Fürsorgemaßnahmen wünschenswert erschienen.

Nachdem die Schwestern in einem oder mehreren Dörfern ihre Erhebungen beendet hatten, besuchte Prof. Dr. Jacob mit je einer von ihnen jedes einzelne Haus. Es wurden von ihm genauer untersucht alle Erwachsenen, welche tuberkuloseverdächtig erschienen aus irgendeinem Grunde. Die Kinder wurden sämtlich bezüglich ihrer Drüsen und Zähne untersucht, anfangs in den Häusern, später aus praktischen Gründen in der Schule. Lungenuntersuchungen wurden bei den Kindern vorgenommen, bei denen Eltern oder Lehrer dieses wünschten oder welche J. einer solchen Untersuchung bedürftig erschienen. Außerdem untersuchte J. die größte Hälfte der Kinder des Kreises mit dem v. Pirquetschen Verfahren, nachdem die Zustimmung der Eltern eingeholt war. J. betont die absolute Unschädlichkeit des v. Pirquetschen Verfahrens; bei 2617 von ihm untersuchten Fällen hat er niemals irgendwelche schädliche Einwirkungen beobachtet.

Besonderes Gewicht legt Prof. Dr. Jacob auf ein gutes kollegiales Verhältnis zu den im Kreise ansässigen Aerzten; bei seinen Untersuchungen hat er auch bei den Aerzten in jeder Weise Entgegenkommen und Unterstützung gefunden. Um sichere statistische Daten zu erhalten, wurde ärztliche Totenschau im Kreise eingeführt.

Die von Koch, Rubner, Kirchner und vielen anderen vertretene Ansicht, die Lungenschwindsucht sei eine Wohnungskrankheit fand J. durch seine Untersuchungen im Kreise Hümling durchaus bestätigt. Die Wohnungsverhältnisse dort sind so überaus mangelhafte, wie kaum sonst wo in Deutschland. Besonders unhygienisch ist das Schlafen in den sogenannten „Butzen". „Diese in die Mauern eingelassenen, meist durch Türen vollständig abgeschlossenen Nischen, deren Oeffnungen so klein sind, daß ein erwachsener

Mensch gerade hineinschlüpfen kann, die niemals ventiliert werden können, in die kein Licht- und Luftstrahl hineinfällt, deren modriges Stroh oft monatelang nicht herausgeräumt wird, in denen 2, 3 und mehr Menschen gewöhnlich zusammenhausen, sie sind wahre Brutstätten der Tuberkulose." Ein zweiter schwerer Uebelstand der meisten Wohnungen ist die Feuchtigkeit. Weiter der Mangel an zu öffnenden Fenstern, die zu geringe Höhe und die schrägen Dächer der Schlafkammern, die Unmöglichkeit, die Kammern zu heizen, die Unsitte, Kartoffeln und andere Lebensmittel, alte Kleidungsstücke darin aufzubewahren usw.

Nach des Vortragenden Ansicht sind von 3500 Wohnhäusern des Kreises mindestens $^3/_4$ in hygienischer Beziehung durchaus zu beanstanden. Etwa 95% der schulpflichtigen und etwa 80% der nichtschulpflichtigen, über 1 Jahr alten Kinder wiesen Drüsenschwellungen auf. Eine große Zahl von Kindern zeigte außerdem noch mehr oder minder schwere skrophulöse Erscheinungen, namentlich Hauterkrankungen.

Die Zähne waren bei schulpflichtigen Kindern fast ausnahmslos erkrankt; auch bei 60—70% der 2—6jährigen Kinder bestanden bereits Zahnerkrankungen.

Die Ergebnisse der v. Pirquet-Untersuchungen waren folgende: Es wurden untersucht 2617 Kinder in 23 Dörfern. Von den 1798 schulpflichtigen Kindern reagierten positiv 762, von den 819 nicht schulpflichtigen 75. Das Verhältnis der positiv reagierenden Kinder war in den einzelnen Ortschaften ein sehr verschiedenes, in manchen Orten bis 80%, in anderen nur 20—25%, ohne daß sich ein sicherer Grund für dieses Verhalten bisher hat feststellen lassen. Durch die Wohnungsverhältnisse allein ließen sich diese Unterschiede keinesfalls erklären.

Die Ergebnisse der Untersuchungen der Erwachsenen auf Tuberkulose lieferten folgende Zahlen: In den Monaten April bis 1. Oktober konnte Prof. J. im ganzen 96 Fälle von Tuberkulose diagnostizieren. Die Zahl der von den Aerzten des Kreises als Tuberkulose nachgewiesenen Todesfälle vom 1. Januar bis 1. Oktkber 1910 betrug 44. Hiernach betrug die in $^3/_4$ Jahren festgestellte Tuberkulosesterblichkeit im Kreise Hümling bereits mehr als doppelt so viel wie die durchschnittliche Jahres-Tuberkulosesterblichkeit in Preußen auf die Anzahl der lebenden Bewohner berechnet.

Weiterhin wurden dann die Maßnahmen besprochen, welche zur Bekämpfung der Tuberkulose in den letzten Monaten in Hümling getroffen wurden und die für die nächste Zeit geplant sind. Zunächst wurde ein Hauptgewicht gelegt auf die Aufklärung der Bevölkerung über die einschlägigen Fragen. Verteilung von Tuberkulose-Merkblättern und Broschüren, Veröffentlichung von aufklärenden Artikeln in den Tages- und Sonntagsblättern, mündliche Belehrungen durch die Schwestern bei den Erhebungen in den einzelnen Häusern, populäre Vorträge durch Prof. J. selbst und Vorträge der Aerzte des Kreises anläßlich der Aufstellung des Wander-Tuberkulose-Museums. Besonderes Gewicht glaubt der Vortragende der Zahnpflege der Kinder beimessen zu müssen. Es wurden Merkblätter und Broschüren hierüber an Lehrer und Kinder verteilt. Verteilung von Zahnpulver und Unterweisung im Gebrauche der Zahnbürste erfolgte durch die Lehrer. Prof. J. empfiehlt dringend Anstellung eines Kreis-Zahnarztes für den Kreis Hümling; diese wird auch wahrscheinlich zu Anfang des Jahres 1911 bereits erfolgen.

Zur Pflege der Reinlichkeit ist Einrichtung von Brausebädern und Wannenbädern in Verbindung mit den Schulen erforderlich. Besonders ist aber eine umfassende Besserung der Wohnungsverhältnisse notwendig, die naturgemäß nur allmählich erfolgen kann, aber die allerwichtigste Maßregel bei der Tuberkulose-Bekämpfung darstellt.

An direkten Maßregeln gegen die Tuberkulose wurden außer der Aufklärung und Belehrung noch folgende getroffen: Lieferung von Spuckfläschchen an Tuberkulöse, Lieferung von Bettstellen und Bettwäsche. Die Leichtkranken wurden veranlaßt, Aufnahme in Lungenheilstätten zu suchen und ihnen die Aufnahme durch Gewährung von Freistellen oder ermäßigten Preisen zu ermöglichen gesucht.

Große Schwierigkeit bereitete die Isolierung von schwerkranken

Tuberkulösen. Nur schwer waren sie zu bewegen, sich in Krankenhäuser zu begeben. Ein Haupthindernis lag in der Abneigung der Kranken sich weit von ihren Angehörigen zu entfernen. Prof. J. glaubt, daß durch Einrichtung von kleinen Pflegestationen in den einzelnen Dörfern dieses Hindernis großenteils beseitigt werden könnte, und hat deshalb Einrichtung solcher Pflegestationen angeregt.

Für die Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter kamen folgende Maßregeln zur Anwendung: Die Lehrer erhielten eine Liste aller derjenigen Kinder, welche auf Pirquet positiv reagiert hatten, um diesen fortdauernd eine besondere Aufmerksamkeit widmen zu können. Diejenigen tuberkulösen Kinder, die gesundheitlich besonders gefährdet erschienen, wurden größtenteils auf Kosten des Kreises mehrere Wochen in den Heilstätten zu Borkum und Gottesgabe bei Rheine untergebracht. In Aussicht genommen ist ferner, die drüsentuberkulösen Kinder planmäßig mit Tuberkulin-Einspritzungen zu behandeln.

Die Desinfektion wird schon seit mehreren Jahren obligatorisch bei allen Tuberkulose-Todesfällen im Kreise Kümling ausgeführt. In den letzten Monaten wurde sie ausgedehnt auf Fälle, wo Leute mit offener Tuberkulose ihre Wohnungen für längere Zeit verließen durch Aufnahme in Krankenhäuser usw. und bei Wohnungswechsel.

Für ländliche Verhältnisse empfiehlt Prof. J. seiner Einfachheit wegen das neue Lockmannsche Paraform-Permanganat-Desinfektions-Verfahren.

Nicht immer wird es möglich sein, so umfassende Erhebungs- und Bekämpfungsmaßnahmen gegen die Tuberkulose in ländlichen Kreisen einzustellen, wie es jetzt im Kreise Hümling geschehen ist. Aber auch ohne diese wird man nach des Vortragenden Ansicht doch zu einem gedeihlichen Ziele kommen, wenn man die wichtigsten der vorstehend erörterten Gesichtspunkte herausgreift: Hinreichende Aufklärung der Bevölkerung durch Wort und Schrift; Ausbildung und Anstellung geeigneter Schwestern für jeden Kreis; ausgiebige Zahnpflege namentlich durch Anstellung eines Kreis-Zahnarztes; Verbesserung der Reinlichkeit der Kinder möglichst durch Schaffung von Schulbrausebädern; jährliche v. Pirquet-Untersuchung sämtlicher Schulkinder seitens der Aerzte des Kreises auf Kosten der Regierung; Wohnungsfürsorge nach Maßgabe der örtlichen Verhältnisse; unentgeltliche Wohnungsdesinfektion; Bereitstellung genügender Geldmittel zwecks Fürsorge für die Tuberkulösen in ihren Häusern selbst, sowie für ihre Aufnahme in Heilstätten und Krankenhäuser.

Diskussion.

In der anschließenden Diskussion regt Dr. Diekmann aus Schüttorf die Frage der Aufbringung der Kosten für die Desinfektion an. Er klagt darüber, daß die Kosten vielfach von den einzelnen Leuten getragen werden müßten, und daß sie viel zu hoch seien. Eine hieraufhin veranstaltete Rundfrage ergibt, daß in den einzelnen Kreisen die Regelung der Desinfektions-Kostenfrage eine ganz verschiedene ist.

Landrat von Lympius aus Lingen hält die Bekämpfung der Tuberkulose in der Hauptsache für eine Aufgabe des Staates und ist deshalb für Uebernahme der Kosten auf die Staatskasse.

Ob.-Reg.-Rat Gärtner-Osnabrück glaubt im Gegensatze hierzu, daß in erster Linie Kreise und Gemeinden für die Tuberkulose-Bekämpfung eintreten müßten.

Kreisarzt Dr. Liedig-Lingen berichtet, daß die Landesversicherungs-Anstalt sich bereit erklärt hat, im Kreise Lingen die Desinfektionskosten bei Wohnungswechsel von Tuberkulösen zur Hälfte zu tragen.

Landrat von Wangenheim-Osnabrück spricht sich gegen bureaukratische Schematisierung bei der Tuberkulose-Bekämpfung aus. Auf dem Lande können Fürsorgestellen nicht viel helfen. Für den Landkreis Osnabrück sind viele der vorgeschlagenen Bekämpfungs-Maßregeln undurchführbar. Es muß nach den besonderen Verhältnissen jedes einzelnen Kreises individualisiert werden.

Reg.-Präsident Bötticher stimmt diesen Ausführungen in der Hauptsache mit einigen Einschränkungen bei.

Med.-Rat Kreisarzt Dr. Strangmeyer-Quakenbrück berichtet über Einrichtung und Betrieb der Tuberkulose-Fürsorge im Kreise Bersenbrück.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Schneider: Für jeden einzelnen Kreis muß ein bestimmter Organisationsplan für die Bekämpfung der Tuberkulose entworfen werden. Fürsorgestellen in der Art wie in Städten, sind allerdings für viele Landkreise kaum möglich. Sich nur auf Anstellung von Gemeindeschwestern zu beschränken, ist aber nicht angängig. Wenn die Schwestern im Kreise Hümling auch gutes geleistet haben, so ist dies besonders darauf zurückzuführen, daß ihnen bei ihrer Tätigkeit Prof. Dr. Jakob stets als Berater und Leiter zur Seite stand.

Stadtarzt Dr. Bitter-Osnabrück hält eine ausgiebige Säuglingsfürsorge für ein wichtiges Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose. Das Säuglingsalter ist von ausschlaggebender Bedeutung für die spätere Widerstandsfähigkeit gegen Tuberkulose. Die durch Ernährungsstörungen und Rhachitis in den ersten Lebensjahren geschwächten Kinder liefern der Tuberkulose später die meisten Opfer. Auch die mangelhafte Beschaffenheit der Zähne ist großenteils die Folge von Ernährungsstörungen im Säuglingsalter.

Prof. Dr. Jakob pflichtet dieser Ansicht bei. Für jeden Kreis muß eine organisierte planmäßige Bekämpfung der Tuberkulose stattfinden. Die Organisation wird allerdings in den einzelnen Kreisen vielfach verschieden sein müssen, je nach den besonderen örtlichen Verhältnissen des Kreises.

Geh. Med.-Rat Dr. Heilmann-Melle glaubt, daß Kalkarmut des Wassers die Tuberkulose-Erkrankungen begünstigt; der Kreis Hümling habe durchweg kalkarmes Wasser.

II. Einige Ergebnisse der chemischen Nahrungsmitteluntersuchungen bei der Auslandsfleischbeschaustelle in Bentheim. Referent: Dr. Fischer, Vorsteher des chemischen Laboratoriums der Auslandsfleischbeschaustelle in Bentheim.

Referent gab zunächst einen kurzen Ueberblick über die Entstehung, Organisaton und Entwicklung des chemischen Laboratoriums. Das Laboratorium ist eine staatliche Anstalt; es wurde zuerst lediglich für Untersuchungen von Auslandsfleisch und Fetten im April 1903 gegründet. Vom 1. Januar 1906 ab ist ihm die polizeiliche Nahrungsmittelkontrolle für die fünf westlichen Kreise des Reg.-Bez. Osnabrück übertragen. Während die Zahl der für die Auslandsfleischbeschaustelle untersuchten Proben von zubereitetem Fleisch und Fetten im hohen Maße von der Marktlage abhängig ist und infolgedessen in den einzelnen Jahren ziemlich große Schwankungen aufweist, hat die Zahl der polizeilichen Untersuchungen von Nahrungsmitteln und dergl. eine stete Steigerung erfahren. Die Zahl der Beanstandungen ist dagegen erfreulicherweise jährlich zurückgegangen.

In eingehender Weise verbreitet sich Referent über die Probenentnahme und über die Nachteile, die das im Kontrollbezirk gehandhabte System — Probeentnahme durch die Gendarmerie und uniformierte Polizeibeamte mit sich bringt.

Von den verschiedenen Nahrungs- und Genußmitteln wurden einzelne Gruppen eingehender besprochen. Während im ersten Jahre der Kontrolltätigkeit die sämtlichen untersuchten Proben Schabefleisch schweflige Säure oder deren Salze enthielten, wurden in den späteren Jahren diese Stoffe nicht mehr angetroffen. Im letzten Jahre dagegen wurde im Hackfleich mehrfach Benzoësäure gefunden. Während das Landgericht in Osnabrück in dem Zusatz von Benzoësäure zu Naturbutter eine Fälschung im Sinne des Nahrungsmittelgesetzes erblickt, ist von der Staatsanwaltschaft an demselben Gericht in einigen Fällen auf Grund des Gutachtens einiger anderer Sachverständigen des Verfahren gegen Metzger, die mit Benzoësäure konserviertes Fleisch in den Handel bringen, eingestellt. Hier anknüpfend machte der Vortragende weitere Ausführungen über die Wirkung der Benzoësäure und deren Salze auf Fleisch und Butter sowie über die Frage der Zulässigkeit derartiger Konservierungsmittel.

Von Molkereiprodukten wurden hauptsächlich Milch- und Butterproben untersucht, da der Käsehandel nur von untergeordneter Bedeutung ist. Milchverfälschungen wurden auch auf dem flachen Lande mehrfach beobachtet. Die Sauberkeit der in den Verkehr gebrachten Milch ließ oft

vieles zu wünschen übrig. Butter wurde häufig mit zu hohem Wassergehalt angetroffen, infolge mehrfacher Beanstandungen und Bestrafungen hat sich die Qualität der Butter, insbesondere auch der Bauernbutter erheblich gebessert.

Bei der Revision von Bäckereien wurden 16 verschiedene Zwiebacksüßpräparate vorgefunden, von denen 9 mehr oder minder große Mengen Seife enthielten. Die Verwendung der seifehaltigen Süßpräparate erfolgt, um das Gebäck lockerer zu machen und um möglichst an Eiern, die sonst das Binden des Fettes mit dem Teig bewirken, zu sparen.

Von sonstigen Nahrungs- und Genußmitteln besprach Referent noch eingehender Graupen, Honig, Fruchtsäfte und Marmeladen, Brauselimonaden und eine größere Zahl alkoholfreie Getränke. Bei letzteren wies er darauf hin, daß diese Getränke trotz hoch klingender Namen oft von sehr minderwertiger Beschaffenheit sind. Als Kuriosum führte er an, daß jetzt auch in den alkoholfreien Wirtschaften neben alkoholfreiem Wein und Bier alkoholfreie Schnäpse geführt werden. Von den alkoholfreien Schnäpsen wurden 10 Proben, die unter Namen, wie Sherry Brandy, Kümmel, Pfefferminz usw., vertrieben wurden, untersucht. Von den 10 untersuchten Proben waren 2 Proben vollständig verdorben, 4 Proben enthielten nicht unerhebliche Mengen Ameisensäure, weitere 4 Proben 5,38 %, 7,20 %, 12,53 % und 16,48 % Alkohol.

Auf mehrere Anfragen gab der Vortragende dann noch einige nähere Auskunft über einzelne Punkte.

III. Beobachtungen über den sehr hohen Kalkgehalt des Wassers von Brunnen mit Zementwandungen.

1. Der Berichterstatter, Med.-Rat Dr. Strangmeyer-Quakenbrück, berichtet zunächst über von ihm gemachte Beobachtungen an einem im Herbst 1908 neuangelegten Brunnen beim Gerichtsgefängnisse in Bersenbrück. Der Brunnenschacht war aus Zementrohren hergestellt. Nach einigen Monaten war das Pumpensaugrohr des Brunnens durch Inkrustationen von kohlensaurem Kalk vollständig verstopft. Das Brunnenwasser war trübe, reagierte neutral und enthielt sehr viel kohlensauren Kalk, außerdem noch ziemlich viel Chloride, schwefelsaure Salze und Eisen, keine freie Kohlensäure. Der kohlensaure Kalk konnte nach der Bodenbeschaffenheit und nach dem Vergleich mit dem Wasser von Nachbarbrunnen nur aus den Zementrohren herstammen. Erfahrungsgemäß enthält das Wasser der mit Zementrohren hergestellten Brunnen im Anfange mehr oder weniger reichliche Kalkmengen; häufig schmeckt das Wasser im Anfange nach Aetzkalk und reagiert alkalisch. Nach starkem und häufigem Auspumpen pflegt der Kalk im Laufe von einigen Monaten bis zu ½ Jahre zu verschwinden.

Nach Erkundigungen bei Fachleuten enthält jeder Zement Aetzkalk, um so mehr, je minderwertiger er ist. Zur Herstellung der Brunnenröhren wird der Zement mit Sand, Kies oder zerkleinerten Steinen zu einer Betonmischung verarbeitet. Je nach der Art des zum Beton verwendeten Materials sind die Brunnenringe mehr oder weniger fest und dicht und enthalten mehr oder weniger Aetzkalk. Durch das Wasser wird der Kalk aus den Röhren ausgelaugt und geht in Form von Kalkhydrat in das Brunnenwasser über. Es verwandelt sich dann unter dem Einflusse der zutretenden Luft oder der etwa im Wasser enthaltenen freien Kohlensäure in kohlensauren Kalk. Die Menge des in das Wasser übergehenden Kalkes hängt ab von dem Aetzkalkgehalte des verwendeten Zements, von der mehr oder weniger großen Dichtigkeit und Festigkeit des abgebundenen Betons und in etwa auch von der chemischen Beschaffenheit des Brunnenwassers. Je minderwertiger das Material der Brunnenröhren ist, desto größere Kalkmengen gehen in das Brunnenwasser über. Es ist daher eine Hauptforderung der Hygiene, die Brunnenrohre nur aus bestem Material herzustellen. Erwünscht ist besonders bei nicht ganz einwandfreiem Materiale vorheriges Auslaugen der fertigen Röhren durch längeres Lagern in fließendem Wasser vor ihrer Verwendung zum Brunnenbau. Bei Verwendung minderwertiger Röhren würde deren Innenfläche mit einer nicht löslichen Deckschicht aus bestem Zement zu versehen sein, eventuell wäre ein besonderes Deckmaterial (Ceresit) zu wählen. Im Anfange ist bei jedem neuen Brunnen häufiges und ergiebiges Auspumpen zu empfehlen, um etwa gelösten Aetzkalk zu entfernen. Bei häufigerer Beobachtung der ge-

schilderten Mißstände müßte Belehrung des Publikums durch die Presse stattfinden.

2. Berichterstatter Geh. Med.-Rat Dr. Heilmann-Melle: Kalkhydrat frei im Wasser gelöst findet sich häufig in neuen aus Betonröhren hergestellten Brunnen. Die Kalkhydratlösung dauert monatelang bis zu 3/4 Jahr. Zweifellos kann das kalkhydrathaltige Wasser Gesundheitsstörungen hervorrufen. In einem Hause erkrankten die Kinder ohne ersichtliche Ursache an Verdauungsstörungen. Im Brunnenwasser fand sich freies Kalkhydrat, das offenbar die Erkrankung der Kinder herbeigeführt hatte. Aus diesem und noch weiteren Gründen ist H. kein Freund der Zementrohrbrunnen. Es liegt dieses nach H.'s Ansicht abgesehen von der eventuellen Kalklöslichkeit daran, daß durch die glatten Zementwände die Ansiedelung von Algen, Flechten und sonstigen Pflanzen verhindert wird, denen er einen wasserreinigenden Einfluß zuschreibt.

Er empfiehlt deshalb, um diese natürlichen biologischen Vorgänge nicht zu stören, sondern zu fördern, die Innenfläche des Brunnenschachtes möglichst rauh aus natürlichem Gestein herzustellen.

Zum Schluß betont H. noch folgendes: Zementringbrunnen sind keine idealen Brunnen. Aus Ziegeln mit Zementmörtel hergestellte Brunnen sind mehr zu empfehlen, eventuell ist Umstampfen mit einer Tonschicht vorzunehmen. Die Kreisärzte sollten sich mit den Brunnenbauern ihrer Gegend in Verbindung setzen, um in hygienischer Beziehung auf den Brunnenbau einzuwirken.

Diskussion.

Dr. Fischer-Bentheim erwähnt, die Bauern in den Moorgegenden geben vielfach an, daß das Wasser aus Zementrohrbrunnen schlechter schmecke, wie aus einfachen Moorbrunnen. Die von Dr. F. vorgenommenen chemischen Wasseruntersuchungen ergaben nur bei einem Zementrohrbrunnen abweichenden Befund. Das Wasser dieses Brunnens schmeckte bitter und reagierte stark alkalisch. Nach einem Jahre hatte das Wasser fast dieselbe Beschaffenheit wie die übrigen Brunnenwässer. Zu dem Brunnen waren schlechte, minderwertige Zementrohre verwendet worden. Das Wasser aller übrigen untersuchten Zementrohrbrunnen unterschied sich chemisch nicht von dem Wasser der einfachen Moorbrunnen. Vielleicht wirken beim Moorwasser auch noch die Huminsäure auf die Lösung des Kalkes ein.

Kreisarzt Dr. Liedig-Lingen: In Hessen werden alle Zementringe in Teichen oder Bächen vor ihrer Verwendung zu Brunnenbauten gewässert.

Dr. Fischer-Bentheim: Beim Aufmauern des Brunnenschachtes würden die bei den Zementrohren teilweise hervorgetretenen Uebelstände sich wahrscheinlich in noch stärkerem Grade bemerklich machen, weil hierzu gewöhnlich noch schlechterer und ätzkalkreicherer Mörtel gebraucht werde. Guter Zement soll ätzkalkfrei sein.

Geh. Med.-Rat Dr. Tholen-Papenburg hat im Kreise Aschendorf dieselben Erfahrungen mit Zementrohrbrunnen gemacht, über die Strangmeyer, Heilmann und Fischer berichtet haben. Die Leute klagen vielfach über den schlechten Geschmack des Wassers aus solchen Brunnen.

IV. Verschiedenes.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Schneider fragt an, ob sich noch nachträglich die Notwendigkeit einer Polizeiverordnung über die Berufspflichten der Hebammen in einzelnen Kreisen ergeben habe, welche bereits auf der vorjährigen Medizinalbeamtenversammlung zur Sprache gekommen sei.

Wie im Vorjahre betonen nur Kreisarzt Dr. Liedig-Lingen und Stadtarzt Dr. Bitter-Osnabrück den Wunsch nach einer solchen Polizeiverordnung für ihre Kreise. Die übrigen Kreisärzte halten ein Bedürfnis nicht für vorliegend.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Schneider macht einige Mitteilungen über die Regelung der Weinkontrolle.

Auf Anfrage aus der Versammlung erfolgt dann noch kurze Aussprache über einige praktische Erfahrungen bei Drogenhandlungsrevisionen durch Reg.- und Med.-Rat Dr. Schneider, Dr. Liedig und Dr. Bitter.

Med.-Rat Dr. Strangmeyer regte nochmals an, daß es im Interesse der Seuchenbekämpfung wünschenswert sei, wenn das Medizinalunter-

suchungsamt auch den negativen Ausfall bakteriologischer Untersuchungen dem zuständigen Kreisarzte mitteile.

Kreisarzt Dr. Liedig schließt sich diesem Wunsche an.

Nach Schluß der Verhandlungen fand sich die Mehrzahl der Teilnehmer im Großen Club zu einem gemeinschaftlichen Mahle zusammen.

Stadtarzt Dr. Bitter-Osnabrück.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Stade am 10. Dezember 1910, vormittags 10¹/₄ Uhr im Sitzungssaale der Kgl. Regierung.

Anwesend: Reg.-Präsident Graf v. Berg, Ober-Reg.-Rat Dr. Domrich, Reg.-Ass. de Maizière, die Landräte aus Stade, Hadeln, Bremervörde, Kehdingen und Neuhaus a. d. O., Prof. Dr. Tjaden aus Bremen, Prof. Dr. Pfeifer und Physikus Dr. Sannemann aus Hamburg, Landesrat Dr. Wilhelm aus Hannover, Dr. Breul aus Hannover und die Medizinalbeamten des Bezirks mit Ausnahme eines durch Krankheit verhinderten.

Der Reg.-Präsident begrüßte die Versammlung und übertrug den Vorsitz dem Reg.- u. Med.-Rat Dr. Wolff.

I. Ueber die Einrichtung von sozialen Fürsorgeämtern.

Kreisarzt Dr. Ritter-Geestemünde:

Der sozialen Gesetzgebung ist in Deutschland in den letzten 20 Jahren fast auf allen Gebieten der sozialen Hygiene die Einrichtung von Zentralen gefolgt, die ihre Tätigkeit über das ganze Land großzügig auszudehnen versuchen, wie das deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, die deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz, der deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke usw. So dankenswert die Anregungen sind, die von diesen Vereinen ausgehen, kann man wahren Nutzen von ihnen doch nur erwarten, wenn sie von den Lokalinstanzen aufgegriffen und in die Praxis umgesetzt werden. Im Reg.-bez. Stade findet man kaum mehr als einen Ansatz zu dieser Betätigung. Säuglingsfürsorge wird nirgends getrieben, nur in Geestemünde wird eine wöchentliche unentgeltliche Sprechstunde für Waisenkinder abgehalten. Die Krüppelfürsorge hat sich aufgebaut auf den Ergebnissen der auf Grund des Minist.Erlasses vom 30. Juli 1906 erfolgten Zählung jugendlicher Krüppel. Die Zählkarten wurden damals ausgefüllt ohne vorangegangene ärztliche Untersuchung, und die Vermutung, daß die Schlußfolgerungen, die von Dr. Biesalski über die Heimbedürftigkeit der Krüppel auf Grund dieser Zählkarten gezogen wurden, nicht immer zutreffend seien, wurde durch eine Untersuchung sämtlicher Krüppel im Kreise Geestemünde bestätigt. Es muß also bei einer richtigen Krüppelfürsorge vorangegangene ärztliche Untersuchung gefordert werden. Für schwachsinnige und für sittlich gefährdete Kinder fehlt es bislang an jeder Fürsorge. Trinkerfürsorge wird bislang nur von den verschiedenen Logen und Blaukreuzvereinen getrieben ohne jede ärztliche Beratung.

Auskunft- und Fürsorgestellen für Lungenkranke sind in Bremervörde, Lehe und Geestemünde eingerichtet. Sie sind gegründet von charitativen Vereinen und erhalten von der Landesversicherungsanstalt, dem Kreise und der Gemeinde einen jährlichen Zuschuß. Die Kosten, die die Fürsorgestelle in Geestemünde verursacht, werden im laufenden Jahre über 3000 M. betragen. Dies erklärt sich daraus, daß auf Vorschlag der Stelle vom Vaterländischen Frauenzweigverein nicht nur Desinfektionsmittel, Speiflaschen, Wäschebeutel, Leihbetten und Unterstützungen in Gestalt von Milch und Stärkungsmittel gewährt, sondern auch die Kosten für Desinfektionen bei Wohnungswechsel übernommen und außerdem bedürftige Kinder in nicht unbeträchtlicher Zahl ins Kinderheim nach Bevensen oder in Ferienkolonien und in Soolbäder geschickt werden, wobei tunlichst auch die Krankenkassen zu Beiträgen herangezogen werden. Diese letztere Leistung wird ja sonst nur selten von den Fürsorgestellen oder deren Hintermännern übernommen, doch ist sie für die Geestemünder Stelle unentbehrlich geworden, weil sie einerseits ein wichtiges Hilfsmittel im Kampfe gegen die Tuberkulose bedeutet, und anderseits die starke Inanspruchnahme der Stelle, die im Jahre 1910

1910 bereits von über 200 Lungenkranken und mehr Angehörigen von Kranken aufgesucht wurde, erklärt.

Andere soziale Wohlfahrtseinrichtungen sind im Bezirke nicht vorhanden; die Forderung, daß in der Ausgestaltung derartiger Einrichtungen ein etwas beschleunigteres Tempo eingeschlagen werden muß, erscheint also berechtigt.

Nun sind zwar in vielen anderen Bezirken Fürsorgestellen für Tuberkulose, Trunksüchtige, Beratungsstellen für Mütter und Säuglinge u. dergl. vorhanden, aber diese Stellen arbeiten, worauf auch schon Kreisarzt Dr. Ascher in Hamm hingewiesen hat, in der Regel vollständig unabhängig von einander, kümmern sich nicht um einander, machen sich gegenseitig unliebsame Konkurrenz, die Behörden erfahren oft nichts von ihrer Wirksamkeit und die geleistete Arbeit ist daher keine hinreichend planmäßige. Infolge dieser Zersplitterung der Kräfte werden derartige Stellen ganz ähnlich wie reine Wohltätigkeitsvereine, die sich nicht zur gemeinsamen Arbeit zusammengetan haben, von einzelnen Personen, die darauf zu laufen wissen, enorm ausgenutzt; auch gehen Erfahrungen, die von den einzelnen Stellen gemacht werden, für die Gesamtheit häufig verloren; schließlich sind auch die Verwaltungskosten erheblich geringer, wenn die Arbeit von einer einzigen Zentralinstanz aus geleistet wird.

Dies läßt sich im Regierungsbezirk Stade ganz gut erreichen, weil hier die einzelnen Kreise nicht übermäßig groß sind und infolgedessen auch die Arbeitsleistung keine übermäßig hohe werden kann. Es wird daher vorgeschlagen, in jedem Kreise eine sogenannte Kreisorganisation zu schaffen, in der naturgemäß der Landrat den Vorsitz zu führen haben würde. Dieser Organisation würde die Aufgabe zufallen, erstens ein soziales Fürsorgeamt einzurichten und zu erhalten, welches alle Zweige der sozialen Gesundheitspflege zusammenfassen soll, und zweitens die Erledigung aller Fälle zu übernehmen, in denen nach den Ermittelungen des Fürsorgeamtes weitere Maßnahmen erforderlich sind, z. B. Unterbringung heilbarer Kranker in Heilstätten, Fürsorge für Kinder usw. Dabei müßte Anschluß an bereits bestehende Organisationen vielleicht unter entsprechendem Ausbau derselben gesucht werden und zwar an den Vaterländischen Frauenverein, den evangelischen Frauenbund, Roten Kreuzverein, aber auch an Logen, Mäßigkeitsvereine, Krankenkassenverbände. Die Geschäfte des Amtes muß naturgemäß ein Arzt führen, der aber, weil er auf die Unterstützung der übrigen Aerzte angewiesen ist, von Privatpraxis möglichst unabhängig sein muß. Im Regierungsbezirk Stade kommen für diese Tätigkeit wohl nur die Kreisärzte in Betracht.

Der Fürsorgearzt muß regelmäßige Sprechstunden abhalten, die sich auf 2 Wochentage beschränken können, und zwar in der eigenen Wohnung oder in sonstigen geeigneten Räumen (Krankenhäusern). In den Sprechstunden muß eine Fürsorgeschwester zugegen sein, welche die Fürsorgejournale aufnimmt und die Untersuchungen vorbereitet. Je nach der Inanspruchnahme der Stelle kann die Schwester diese Tätigkeit neben ihren sonstigen Berufsgeschäften oder besser hauptamtlich ausüben, weil sie dann auch die häuslichen Ermittelungen, Ueberwachung der laufenden Desinfektion, eventuell auch Pflegen übernehmen würde.

Die einzelnen Zweige der Fürsorgetätigkeit sind folgende:

1. Säuglings- und Wöchnerinnenfürsorge. Als Mitarbeiterinnen sind heranzuziehen die Hebammen und die Damen eines charitativen Vereins, von denen eine jede einen bestimmten Bezirk übernehmen muß. Die Hebammen und eventuell auch das Standesamt melden dem Fürsorgeamt auf vorgeschriebenen Formular jede eheliche und uneheliche Geburt. Das Amt schickt die Meldung an die Bezirksdame, die bei unehelichen Kindern die Regelung der Verhältnisse in die Hand zu nehmen hat, d. h. die Unterbringung in eine einwandfreie Haltestelle, Besorgung der Alimente und eines Vormundes oder noch besser einer Vormünderin. Hierdurch haben Polizei und Vormundschaftsgericht von vornherein mit geordneten Verhältnissen zu tun, und für den Säugling wird die ungeschützte und gefährlichste Zeit gleich nach der Geburt nach Möglichkeit abgekürzt. Die Dame hat aber noch eine zweite, jedenfalls ebenso wichtige Aufgabe zu erfüllen, nämlich sich nach dem körperlichen Wohlergehen der Mütter und Säuglinge zu erkundigen; diese Aufgabe erstreckt sich nicht nur auf die unehelichen, sondern auch auf die

ehelichen aus dem Arbeiterstande, oder wo sonst Bedürftigkeit herrscht. Ueberall dort, wo die Gesundheitsverhältnisse nicht günstig zu sein scheinen, wo namentlich nicht von der Ernährung durch Mutterbrust Gebrauch gemacht wird, hat die Bezirksdame darauf zu wirken, daß das Fürsorgeamt aufgesucht wird, das natürlich auch unaufgefordert von allen Schwangeren, Wöchnerinnen und Säuglingen in Anspruch genommen werden kann. Dem Fürsorgeamt wird gleichzeitig mit der Ueberweisung ein, soweit als möglich, ausgefüllter Fragebogen eingesandt. Aufgabe des Amtes ist es, in erster Linie darauf hinzuwirken, daß die Mütter selbst stillen. Der Arzt muß also die entsprechenden Belehrungen geben und nach Untersuchung das Journal ergänzen; er muß aber auch in der Lage sein, bedürftigen Müttern, die nur deshalb nicht stillen können, weil sie ihrem Gewerbe nachgehen müssen, sogenannte Stillprämien zu gewähren, die ihnen das Stillen ermöglichen und ihnen nur einen Ausgleich für die durch das Stillgeschäft verursachte Verdiensteinbuße bieten sollen. Diese Prämien müssen auf 8—14 Tage im Voraus bezahlt werden, jede weitere Zahlung ist an den Besuch der Fürsorgestelle geknüpft, sodaß eine Mutter nur solange Unterstützung erhält, als sie sich in der Kontrolle befindet. Nach allen gemachten Erfahrungen hängt leider von der Gewährung dieser Stillprämien die Frequenz der Beratungsstellen absolut ab. Auch kann man die Zunahme des Stelbststillens dadurch fördern, daß man nach dem Vorschlage Tjadens an diejenigen Hebammen, die den höchsten Prozentsatz von stillenden Müttern nachweisen können, Prämien verteilt. Sucht so die Fürsorgestelle die natürliche Ernährung auf jede Weise zu fördern, so darf sie doch den künstlich genährten Kindern ihre Hilfe nicht versagen, sie muß mündliche Belehrungen geben über zweckmäßige Ernährung und Pflege des Säuglings, Merkblätter verteilen, sie muß aber auch über Mittel verfügen, um Kindermilch, womöglich in trinkfertigen Einzelportionen, an Bedürftige abgeben zu können. Freilich müssen die Vergünstigungen, die den Flaschenkindern gewährt werden, geringer sein als die Stillprämien, weil man sonst das Selbststillen nicht fördern würde; es braucht deshalb beispielsweise die teure Kindermilch nicht unentgeltlich abgegeben zu werden, sondern zu einem Preise, der um weniges geringer ist, wie die gewöhnliche Marktmilch. Die Fürsorge darf sich aber nicht auf die gesunden Säuglinge beschränken, sie muß sich auch der kranken annehmen, ja sie wird sogar abweichend von allen anderen Fürsorgezweigen, in welchen, um Konflikte mit den praktischen Aerzten zu vermeiden, prinzipiell jede Behandlung abgelehnt werden muß, die Behandlung der leicht reparablen Anfänge der Ernährungsstörungen, die durch einfache Modifikation der Ernährung zu beheben sind, nicht von sich weisen können.

Daß das Fürsorgeamt auch mit den vorhandenen Krippen Hand in Hand arbeiten, ihnen geeignete Kinder überweisen, gegebenenfalls auch die Einrichtung neuer Krippen anregen muß, ist selbstverständlich; natürlich muß es aber auch zu verhindern suchen, daß durch solche Krippen das Selbststillen zurückgeht. Will man übrigens mit den Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gewissermaßen ab ovo anfangen, dann empfiehlt sich ein Vorgehen, wie es von Landrat Rademacher in seinem früheren Kreis Westerburg eingeführt und in einer Broschüre näher beschrieben ist.

2. Fürsorge für Krüppel, jugendlich Schwachsinnige und sittlich gefährdete Kinder. Bei den Krüppeln wird die Art des Leidens festgestellt und, soweit das Gebrechen eine besondere Heilbehandlung erfordert oder der Krüppel bei geeigneter Unterweisung ausbildungsfähig erscheint, die Unterbringung in eine entsprechende Heil- und Erziehungsanstalt nötigenfalls auf Kosten des Kreises oder der Gemeinde beantragt. Bei den Schwachsinnigen muß der Grad des Schwachsinns ermittelt und die etwa nötige Ueberführung in eine Hülfsschule oder in eine Idiotenanstalt angeregt werden, um aus ihnen noch möglichst brauchbare Glieder der menschlichen Gesellschaft zu machen. Von den sittlich gefährdeten Kindern müssen diejenigen, bei denen Zweifel an der geistigen Gesundheit vorhanden sind, in eine geeignete Umgebung gebracht werden.

3. Fürsorge für Alkoholkranke. Der Leiter der Stelle muß alle Fäden, die in seinem Bezirke zwecks Bekämpfung der Trunksucht gesponnen werden, in seiner Hand zu vereinigen suchen; die Stelle selbst muß einen neutralen Boden bilden, auf dem trotz des verschiedenen Stand-

punktes in der praktischen Durchführung des Kampfes gegen den Alkoholismus den Mäßigkeits- und Temperenzbestrebungen Gelegenheit geboten wird, mit vereinten Kräften das gemeinsame Ziel zu erreichen. Zu diesem Zwecke muß aus den Mitgliedern der in allen Kreisen vorhandenen Guttemplerlogen und Blaukreuzvereinen eine Anzahl von Helfern verständnisvoll ausgewählt werden, von denen jeder einen bestimmten Bezirk zugewiesen erhält. Das Verfahren, wie es sich z. B. in Königsberg sehr bewährt hat, ist nun Folgendes: Bei dem Fürsorgeamt laufen die Trinkermeldungen ein, die von den Helfern, den Angehörigen der Alkoholiker, von Arbeitgebern oder Arbeitskollegen, den Armenverwaltungen, der Landesversicherungsanstalt, von Aerzten oder dergl. erstattet werden. Die Meldungen werden zunächst an die Helfer verteilt, deren Aufgabe eine doppelte ist: einmal die Verhältnisse des gemeldeten Trinkers näher zu erkunden und sodann zu versuchen, den Trinker zur Abstinenz zu bewegen. Das Resultat wird in einen genauen Fragebogen eingetragen, der nach Ausfüllung ans Amt zurückgeht. Inzwischen geht aber die Arbeit des Helfers ihren weiteren Gang; d. h., der Trinker wird entweder abstinent, oder er wird weiter beobachtet und dadurch vielleicht gebessert, oder er erweist sich als unzugänglich. Erst in letzterem Falle greift das Fürsorgeamt aktiv ein, indem es sich den Trinker in die Sprechstunde bestellt; denn die Erfahrung hat gelehrt, daß energischer und kluger ärztlicher Zuspruch doch in manchen Fällen noch Erfolg zu verzeichnen hat, wo die Helferarbeit vergeblich war. Wirtschaftliche Vorteile kann man den Trinkern nicht zuwenden, doch muß man es sich angelegen sein lassen, ihnen nach Möglichkeit Arbeitsgelegenheit nachzuweisen. Versagt aber jeder Zuspruch, so wird man versuchen müssen, den Alkoholkranken in eine Trinkerheilstätte unterzubringen. Da aber in den meisten Fällen der Kranke selbst dieser Maßnahme den größten Widerstand entgegensetzen wird, muß man in solchen Fällen die Armendirektion oder die Polizeibehörde veranlassen, auf Grund des § 6, Abs. 3 des B. G.-B. den Antrag auf Entmündigung des Betreffenden zu stellen; gleichzeitig muß man bei dem Vormundschaftsgericht gemäß § 1906 des B. G.-B. beantragen, daß ein vorläufiger Vormund eingesetzt wird. Dieser kann dann die Uebernahme des Heilverfahrens schleunigst in die Wege leiten. Da nun gemäß § 18 Abs. 4 des Invalidenversicherungsgesetzes die Angehörigen während der Dauer des Heilverfahrens eine Rente bekommen, so braucht kein vorzeitiges Drängen zum Abbrechen des Heilverfahrens zu erfolgen. Während der Dauer des Heilverfahrens kann das Entmündigungsverfahren ausgesetzt werden. Wird der Kranke von seiner Trunksucht geheilt, so schadet es ja nichts, wenn der Antrag schließlich abgelehnt wird. Bei ganz unverbesserlichen Trinkern wird man bei der Polizeibehörde den Antrag stellen müssen, sie auf die Trinkerliste zu setzen, um ihnen, wenigstens soweit es angängig ist, die Möglichkeit zum Schnapsgenuß zu nehmen.

Die Unterhaltung einer Fürsorgestelle für Alkoholkranke läßt sich mit verhältnismäßig geringen Mitteln erreichen, weil ja Unterstützungen nicht gewährt werden; auch darf man bei ihrer Einrichtung auf Beihülfen von der Landesversicherungsanstalt rechnen.

4 Das wichtigste Arbeitsgebiet des Fürsorgeamtes muß naturgemäß die Bekämpfung der Tuberkulose bilden. Der Hauptzweck einer Auskunft- und Fürsorgestelle für Lungenkranke besteht ja darin, alle Lungenkranke ihres Bezirks ausfindig zu machen, sie und alle Personen, die krank zu sein glauben, es aber nicht sind und auch die gefährdeten Personen aus der Umgebung von Lungenkranken ärztlich zu untersuchen und sie über den vorhandenen Befund und die späteren Lebensregeln zu belehren, die häusliche Fürsorge für die Kranken zu übernehmen, die Wohnung und die Betten zu desinfizieren, Gesunde und Kranke zu trennen, heilfähige Kranke in Heilstätten unterzubringen, Schwerkranken die Aufnahme in Invalidenheime zu sichern und vor allem aber sich der Kinder anzunehmen, die vielleicht schon von der tückischen Krankheit latent ergriffen sind; denn in der Jugend muß die Tuberkulose erkannt, behandelt und geheilt werden, und deshalb ist die letzte Aufgabe die wichtigste und dankbarste, die aber allerdings auch die meisten Kosten verursacht. Leider fehlt es noch immer an einer Anzeigepflicht für offene Tuberkulose; sie würde die erste Aufgabe der Stelle, alle Lungenkranke ausfindig zu machen, sehr erleichtern können, wenn das Medizinaluntersuchungsamt angewiesen würde, alle positiven Bazillennachweise im Auswurf dem

Fürsorgearzte mitzuteilen. Vorläufig ist die Stellungnahme der praktischen Aerzte ausschlaggebend für eine gedeihliche Entwicklung der Stelle. Deshalb muß jeder Eingriff in die ärztliche Praxis peinlich vermieden, vielmehr jeder Kranke, der sich in ärztlicher Behandlung befindet, nur dann in Fürsorge genommen werden, wenn er einen Ueberweisungsschein seines behandelnden Arztes mitbringt. In den Sprechstunden, die zweckmäßig zeitlich getrennt von den Sprechstunden für Säuglinge und Trunksüchtige abgehalten werden, ist der Fürsorgearzt und die Schwester tätig. Die Kontrollbesuche in den Wohnungen können allerdings von Damen gemeinnütziger Vereine gemacht werden, doch hat dies Verfahren verschiedene Schattenseiten, weil die Damen selbstverständlich die Ausführung der laufenden Desinfektion nicht so gut überwachen können, wie eine ausgebildete Krankenschwester, weil manche Damen nicht geeignet sind, mit Schwerkranken umzugehen, sich wohl gar vor Ansteckung fürchten oder kein genügendes Interesse für die ihnen gestellten Aufgaben zeigen, und weil das Zusammenwirken häufig kein einheitliches sein wird. Wo also das Arbeitsfeld groß genug ist, und die Mittel es erlauben, da ist unbedingt die Anstellung einer eigenen Krankenschwester zu empfehlen, die dann auch die Tätigkeit in den Sprechstunden und die notwendigen Pflegen Lungenkranker übernehmen kann.

Das Arbeitsgebiet eines solchen sozialen Fürsorgeamts ließe sich mit Leichtigkeit noch vergrößern, z. B. durch Fürsorge für die schulentlassene Jugend, Förderung von Sport und Jugendspiele, Förderung des hauswirtschaftlichen Unterrichts in und außerhalb der Schulen; aber da man sich mit solcher Tätigkeit doch von dem ärztlichen Standpunkt mehr entfernen müßte, so stellt man derartige Bestrebungen vorläufig am besten noch zurück.

Nun hat aber die ganze Sache doch noch einen großen Haken, über den man sich nicht hinwegtäuschen darf, und dieser Haken besteht darin, daß die Wege zum Fürsorgeamt für die Landbevölkerung durchweg zu weit sind. Deshalb sind auch bislang alle Versuche, die in anderen Provinzen mit der Einrichtung ländlicher Fürsorgestellen gemacht sind, gescheitert. Das geschilderte System eignet sich eben nur für die Kreisstädte und insbesondere die größeren Kreisstädte mit ihrer näheren Umgebung.

Man könnte nun auf den Gedanken kommen, daß es gelingen müßte, auf dem Lande die praktischen Aerzte zur Mitarbeit heranzuziehen, und daß dann jeder Arzt gewissermaßen ein Fürsorgeamt im Kleinen bildete. Diesen Gedanken muß man von vornherein fallen lassen, weil sich die Ansichten so vieler Aerzte nicht leicht unter einen Hut bringen lassen, und deshalb ein einheitliches Zusammenarbeiten wohl ziemlich ausgeschlossen wäre; schließlich würde die Angelegenheit auch voraussichtlich an den Honoraransprüchen scheitern, denn die Tätigkeit an einer sozialen Fürsorgestelle kann nie ihrem Werte entsprechend entschädigt werden.

Viel gangbarer ist ein anderer Weg, der gleichzeitig noch ein anderes Ziel verfolgt, indem man sich der berufsmäßigen Krankenpflegerinnen auf dem Lande als Helferinnen bedient. Diese müssen die Fürsorgebedürftigen aufsuchen, die Fragebogen ausfüllen, sich mit dem Fürsorgeamte zwecks Einleitung der erforderlichen Maßnahmen in Verbindung setzen und nötigenfalls die Kranken veranlassen, sich zum Amte zu begeben. Aber die Voraussetzung hierbei ist, daß das platte Land auch hinreichend mit Krankenpflegestationen versehen ist; es müßte etwa auf 3—4000 Einwohner eine Krankenpflegerin kommen. Die Schwestern könnten dann gleichzeitig auch die laufende Desinfektion bei übertragbaren Krankheiten übernehmen und auf diese Weise zu einer wirksamen Seuchenbekämpfung beitragen. Wenn also auch für die ländlichen Bezirke die Tätigkeit des Fürsorgeamtes nutzbringend gestaltet werden soll, muß man dahin streben, ein gleichmäßiges Netz von Krankenpflegestationen über den ganzen Bezirk zu verteilen, zu deren Einrichtung und Betrieb sich die einzelnen Gemeinden zu einem Verbande zusammentun müßten. Auch zur Einrichtung und Unterhaltung derartiger Krankenpflegestationen pflegen die Landesversicherungsanstalten erhebliche Zuschüsse zu gewähren.

Immerhin wird aber doch die große räumliche Entfernung den nötigen innigen Konnex der Fürsorgebedürftigen auf dem Lande mit dem Fürsorgeamte nicht völlig aufkommen lassen; dieser ist vielmehr nach Ansicht des Referenten kaum anders zu erreichen als dadurch, daß der Fürsorgearzt gleichzeitig mit

den Funktionen eines **Schularztes** für alle Landgemeinden betraut wird. Der Vorschlag ist vielleicht etwas überraschend, er ist aber wohl überlegt und auch nicht neu. Kreisarzt Dr. **Dohrn** hat z. B. eine solche Tätigkeit bereits für den Landkreis Hannover und Neustadt a. R. mit großem Erfolge übernommen. Es können natürlich nicht so häufige und genaue Untersuchungen wie von den Stadtschulärzten vorgenommen werden; aber es genügt auch, wenn jedes Schulkind ein Mal oder höchstens zwei Mal im Jahre untersucht und gegebenenfalls in Fürsorge genommen wird. Der Befund wird in ein einfaches Formular eingetragen; bei ungünstigem Befunde erhalten die Eltern entsprechende Mitteilung. Nach dem Termine in der Schule, der rechtzeitig bekannt gemacht werden muß, lassen sich dann ungezwungen andere Fürsorgebedürftige aus der Schulgemeinde in der Schule selbst oder im Hause des Gemeindevorstehers untersuchen. Zu den Untersuchungen wird auch die Gemeindeschwester hinzugezogen. Auf diese Weise ließe sich sicher viel Gutes schaffen.

Am Schlusse seines Vortrages machte Referent noch darauf aufmerksam, daß sich zur **Deckung der Unkosten** ungeheuer viel Hülfsquellen heranziehen lassen, von denen einige bereits erwähnt sind; man muß sich aber die Unterstützungen schon vor der Einrichtung der Stelle sichern, weil manche Organisationen nur Unterstützungen zur ersten Instandsetzung gewähren.

Die von dem Referenten aufgestellten **Leitsätze** haben folgenden Wortlaut:

„1. Die sozialhygienischen Bestrebungen stecken im Regierungsbezirk Stade noch in den Kinderschuhen und bedürfen der Ausgestaltung.

2. Um Zersplitterung zu vermeiden, empfiehlt es sich, in jedem Kreis ein Fürsorgeamt zu schaffen, welches alle Bestrebungen auf dem Gebiete der Gesundheitsfürsorge umfaßt. Dies Amt untersteht dem Landratsamt und muß sich mit den vorhandenen Wohltätigkeitsorganisationen zu gemeinsamer Arbeit vereinen. Fürsorgearzt muß ein von Privatpraxis möglichst unabhängiger Arzt werden.

3. Der Fürsorgearzt hat regelmäßig wiederkehrende Sprechstunden abzuhalten, in welchen allen der Fürsorge Bedürftigen oder deren Angehörigen unentgeltlich Rat und Unterstützungen gewährt werden, aber ärztliche Behandlung nur in Ausnahmefällen.

4. Die Fürsorge hat sich mindestens zu erstrecken auf Säuglinge, Haltekinder, Krüppel, Geisteskranke in Familienpflege, Alkoholkranke und Tuberkulöse. Für letztere sind besondere Sprechstunden anzusetzen.

5. Die vorgeschlagenen Maßnahmen sind für den Kampf gegen die Tuberkulose nicht ausreichend, weil nach den neueren Forschungen der Keim für diese Krankheit meistens schon in frühester Kindheit gelegt wird, aber Jahre lang unerkannt und ohne Erscheinungen zu machen schlummert. Nur eine systematische Untersuchung sämtlicher Schulkinder in regelmäßiger Zeitfolge kann hier Aufklärung und Abhülfe schaffen. Deshalb muß die Anstellung eines Schularztes in allen Volksschulen gefordert werden, der natürlich mit dem Fürsorgeamt Hand in Hand arbeiten muß.“

Diskussion:

Landesrat Dr. **Wilhelm**: Der Vortrag bietet großzügige Vorschläge; leider werden die Mittel der Landes-Versicherungsanstalt durch die Reichsversicherungsordnung nur in beschränktem Maße für diese Fürsorgeämter herangezogen werden können, da die Landesversicherungsanstalt in erster Linie die bestehenden Einrichtungen zu erhalten und auszubauen hat.

Prof. Dr. **Tjaden** berichtet über die einschlägigen Erfahrungen in Bremen. **Stillprämien** werden nicht an die Mütter, sondern an die Hebammen bezahlt, welche die meisten Mütter zum Selbststillen ihrer Kinder veranlassen. Nicht die gezahlten Prämien sind die Hauptsache, sondern das rege Zusammenarbeiten der Hebammen und der Medizinalbeamten. Die Erfahrungen sind bis jetzt günstig, über 1000 Mütter sind so beraten worden.

Bei der **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** werden die Beratungsstellen meist zu spät in Anspruch genommen. 40% der Säuglinge sterben in den ersten zwei, 60% in den ersten drei Monaten; die Kinder, welche den Beratungsstellen zugeführt werden, sind meistens jenseits des 6. Monats. Hier ist Mutterschutz erforderlich.

Die **Trinkerfürsorgestelle** wird von Aerzten geleitet. Der zur Abstinenz zu Erziehende erhält einen Mentor. Die Alkoholentziehungsanstalten sind im

Publikum nicht beliebt; von den 1200 hierzu zur Verfügung stehenden Betten sind nur 650 belegt.

In betreff der Tuberkulosebekämpfung verweise er noch besonders auf die Wohnungshygiene. Die Butzen in dem licht- und luftlosen niedersächsischen Bauernhause sind eine der Hauptursachen der hohen Tuberkulosesterblichkeit in den ländlichen Kreisen Hannovers.

Pflegeschwestern sind sehr nützlich, vorausgesetzt, daß sie genügend ausgebildet sind.

Dr. Breul-Hannover: In den Großstädten wird eine Spezialisierung der einzelnen Zweige wohl wie bisher bleiben müssen; für die ländlichen Kreise ist ein Zusammenfassen aller Zweige der sozialen Fürsorge zu einem gemeinsamen Amt erforderlich. Die Versorgung der ländlichen Kreise mit Pfegeschwestern ist äußerst wichtig, ebenso die Schularztfrage. Die Wohnungshygiene ist nicht erledigt mit der Erbauung eines zweckmäßign Hauses; auch in dem neuen Hause ist Reinlichkeit von Nöten. In Hildesheim tritt in einem neuen Arbeiterwohnungsviertel noch viel Tuberkulose auf.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Wolff: Von 2000000 Säuglingen sterben alljährlich in Preußen 400000, in allen anderen Kulturstaaten außer in Rußland und Oesterreich-Ungarn weniger. Die Säuglingsfürsorge muß daher in den Vordergrund gerückt werden. Solche Fürsorgestellen werden sich in den großen Industrieorten ohne große Schwierigkeiten einrichten lassen, es fragt sich aber, wie man sich diese auf dem platten Lande vorstellen soll.

Landrat Dumrath glaubt, daß mit Schwestern und charitativen Vereinen sich Gutes schaffen lassen wird. Wirksame Propaganda durch Zeitungsnotizen und Merkblätter darf dabei nicht unterbleiben.

Landrat Bayer: Die Verteilung von Merkblättern nimmt so zu, daß dieselben nicht mehr den erstrebten Zweck zu erfüllen scheinen. Die Impftermine sind wie geschaffen, den Müttern Belehrungen über Säuglingsernährung zu teil werden zu lassen. Pflegeschwestern sind nicht leicht zu beschaffen.

Landrat Freiherr v. Schröder: Pflegeschwestern und Frauenvereine sind die Grundlagen für den geplanten Ausbau der Fürsorge, aber erstere sind kaum in genügender Anzahl zu erhalten. Vorträge der Kreisärzte auf den Kreislehrerkonferenzen sind von großem Nutzen.

Kreisarzt Dr. Ocker: Zur Beschaffung von Schwestern darf man sich nicht allein an die großen Mutterhäuser halten. Sollen die Pflegeschwestern sich auf ihren einsamen Posten auf dem Lande halten können, so müssen sie Anschluß haben z. B. an den Geistlichen, damit sie Schutz und Unterschlupf haben. Auch müssen sie von auswäzts sein, Tracht tragen und bei den weiten Wegen auf dem Lande unbedingt Rad fahren.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Wolff: Es ist dringend erforderlich, daß die Kreisärzte die gesamte Impftätigkeit im Kreise ausüben, weil sie so eine intensive Tätigkeit auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge entwickeln können. Der Besuch der Kreislehrerkonferenzen durch die Kreisärzte ist erwünscht.

II. Erfahrungen aus der Praxis bei der Cholerabekämpfung.

Med.-Rat Kreisarzt Dr. Elten: Zwei Fälle von Cholera, welche Flußschiffer von Hamburg nach Freiburg-Elbe im Herbst d. J. eingeschleppt hatten, gaben dem Referenten Anlaß, seine persönlichen Erfahrungen vorzutragen, die kurz sich etwa folgendermaßen skizzieren lassen: Den praktischen Aerzten ist alljährlich die Mitteilung zu wiederholen, daß das Untersuchungsmaterial bei Cholera und Choleraverdacht nur nach Berlin in das Institut für Infektionskrankheiten und nicht in das nächste Medizinaluntersuchungsamt zu senden ist, da nur so Zeitversäumnis zu verhindern ist. Aus dem gleichen Grunde muß der Kreisarzt sich schon bei Choleraverdacht sofort an Ort und Stelle begeben und nicht durch schriftlichen Verkehr Ermittelungen anstellen wollen. Es empfiehlt sich beim Ausbruch der Cholera, die maßgebenden Persönlichkeiten zu einer sofortigen Konferenz heranziehen, damit die erforderlichen Maßnahmen sofort eingehend besprochen werden können. Gesundheitskommissionen aus intelligenten und geachteten Leuten haben sich bewährt; sie wirken beruhigend auf die ganze Bevölkerung und helfen tatsächlich mit hygienische Mißstände abzustellen. Falls geeignete Isolierungsräume nicht zur Verfügung stehen, ist sofort telegraphisch für Beschaffung von Schwestern und Baracken Sorge zu tragen; immerhin vergehen noch 4—5 Tage, bis die Baracken fertig zum Beziehen sind. Die Nachforschung nach Bazillenträgern

und nach Leuten, welche mit den Erkrankten in irgend welche Berührung gekommen sind, ist peinlichst und wiederholt anzustellen, es ergeben sich oft die unglaublichsten Zustände. Bei den Milchlieferungen aus zahlreichen Kleinbetrieben in ländlichen Kreisen an die Molkereien sind diese zu Cholerazeiten einer peinlich genauen Revision zu unterziehen, um eine Ausbreitung der Cholera durch die Milch zu verhüten. Für eine ausreichende Anzahl von Untersuchungsgefäßen ist rechtzeitig Sorge zu tragen, da bei den Umgebungsuntersuchungen schnell große Mengen verbraucht sind. Referent schildert zum Schluß die Schwierigkeiten, welche gelegentlich die genau durchgeführte Desinfektion bereiten kann; in den vorliegenden Fällen handelte es sich um die Desinfektion eines kleinen Kohlenschiffes, auf welchem eigentlich alles vom Bett bis zum Segel der Beschmutzung ausgesetzt war und um die Reinigung eines kleinen engen Hauses, in welchem gleichzeitig ein Stall für Schweine und zahlreiches Geflügel untergebracht war.

Der eine der Cholerakranken hat über 100 Tage Vibrionen ausgeschieden, und es ist noch kein Ende dieser Dauerausscheidung zu sehen; bei der enormen Gefährlichkeit dieser Dauerausscheider ist strengste Isolierung geboten, es sei denn, daß die Choleravibrionen bei Dauerausscheidern später nicht mehr virulent sein sollten, was nach der zugänglichen Literatur nicht feststeht.

Diskussion.

Kreisarzt Dr. Prölss: Bevor die Baracke kommt, kann man den Boden für sie herrichten, einen Tiefröhrenbrunnen niederbringen und für Anlage des so nötigen Telephons sorgen. Die Aufstellung der Baracke erfolgt am besten durch eine Sanitätskolonne, die darin Uebung hat.

Physikus Dr. Sannemann-Hamburg: Trotz sorgfältigster Ermittlungen ist die Frage offen zu lassen, wo genau die Infektion stattgefunden hat, obwohl nicht geleugnet werden soll, daß diese tatsächlich im Hafen von Hamburg erfolgt ist.

Betont werden muß bei der Bekämpfung der Cholera die Notwendigkeit der Beschaffung guten Trinkwassers und der Desinfektion. Letztere ist wohl in Freiburg-Elbe zu umfangreich ausgeführt; in Hamburg wird sie auf Schiffen nur dort ausgeführt, wo eine Infektion stattgefunden haben kann; für gewöhnlich genügt es, das Deck, die Wohnräume und das Trinkwasser zu berücksichtigen.

Prof. Dr. Tjaden: Die besonderen Lehren aus diesen zwei Fällen sind: rasche Schritte tun und die notwendigen Maßnahmen vorbereiten. Vielleicht empfiehlt es sich, in jedem Frühjahr einen schon vorher entworfenen sogenannten Mobilmachungsplan gegen die Cholera durchzusehen. Bei der Desinfektion ist ein zu viel zu meiden, da die Vibrionen doch recht hinfällige Gebilde sind. Die Choleravibrionen der Dauerausscheider unterscheiden sich in ihrer Virulenz durch nichts von denen der akut an Cholera Erkrankten.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Wolff: Die Dauerausscheidung von Choleravibrionen kann ein Jahr übersteigen, wie kürzlich ein russischer Arzt mitgeteilt hat. Die Virulenz auch dieser Vibrionen muß nach Analogie der Typhusbazillen unbedingt bejaht werden. In einem Falle aus meiner früheren Praxis ließ sich 4 Monate nach dem Erlöschen der Choleraepidemie im Jahre 1892 das erneute Wiederauftreten nur durch die Vermittlung eines Dauerausscheiders erklären.

Wie in den Spandauer Fällen ist auch in diesen 2 Fällen in Freiburg nicht ganz klar gelegt, woher sie kamen. Auch ist nicht einzusehen, warum sich die Cholera nicht verbreitet hat; es war die günstige Zeit des Monats September und zahlreiche Dejektionen sind in die Elbe gelangt.

Prof. Dr. Pfeiffer-Hamburg: Vibrionen sind trotz häufiger Untersuchungen im Jahre 1910 in der Elbe nicht gefunden worden.

Reg.-Präs. Graf v. Berg hält den sogenannten Mobilmachungsplan für eine sehr zweckmäßige Maßnahme und wünscht seine Einführung.

III. **Aufgaben und Ziele einer modernen Typhusbekämpfung nach den Erfahrungen in der organisierten Typhusbekämpfung im Südwesten des Kreises.**

Kreisassistenzarzt Dr. Mohrmann:

Trotz der erheblichen Abnahme der Typhuserkrankungen im Gebiete

der Monarchie im Laufe des letzten Dezenniums, die im wesentlichen auf die praktischen Erfolge der öffentlichen Gesundheitspflege und auf die seit dem Bestehen des Landesseuchengesetzes vom August 1905 immer energischere und zielbewußtere Bekämpfung des Typhus durch die beamteten Aerzte zurückzuführen ist, zeigt sich doch in vielen und so auch im Stader Regierungsbezirk nur eine sehr geringe Neigung zu weiterer Abnahme der Typhuserkrankungen. Es war daher geboten, wieder einmal die Grundsätze der modernen rationellen Typhusbekämpfung, wie sie sich nach den modernen Forschungsergebnissen und besonders nach den Erfahrungen in der organisierten Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches ergeben haben, zur Diskussion zu stellen.

Nachdem kurz die Einrichtungen und das Verfahren der Typhusbekämpfung, wie es nach dem Grundsatze des größten Meisters der modernen Seuchenbekämpfung von Robert Koch, daß nur der Mensch, in dessen Körper sich Typhusbazillen befinden und von hier in die Außenwelt gelangen können, die Quelle einer neuen Typhusinfektion ist, in der Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches gehandhabt wird, dargelegt sind, wurden im einzelnen folgende wichtigen und häufig nicht genügend beachteten Punkte dargelegt.

Gemäß dem oben angeführten Fundamentalsatz jeder modernen Typhusbekämpfung ist der Schwerpunkt der Typhusbekämpfung in die Auffindung aller Typhusbazillen führenden Menschen zu legen. Die wichtigste Rolle hierbei spielen die örtlichen Ermittelungen des beamteten Arztes, die stets möglichst sofort nach Eingang der Meldung auch nach Eingang der anzustrebenden Verdachtsmeldung zu erfolgen haben. Diese örtlichen Ermittelungen sind aber intensiv und extensiv auszuführen. Von verdächtigen Personen sind Blutproben zu entnehmen, im Hause, in der Nachbarschaft, an der Arbeitsstelle und in der Schule sind Erhebungen anzustellen. Stets sind auch Nachforschungen an der Bezugsquelle der Milch anzustellen und stets ist in irgendwie suspekten Fällen durch bakteriologische Untersuchungen der Exkremente auf Bazillenträger zu fahnden. Besonderes Augenmerk ist auch auf die leichten Kindertyphen zu richten, auch an die Tatsache der Frühkontakte ist zu denken. Das souveräne Mittel zur Feststellung einer stattgehabten Infektion mit Typhusbazillen ist auch heute noch die Vidalsche Reaktion; da sie zu Beginn der Erkrankung häufig noch nicht positiv ausfällt, ist stets eine wiederholte Blutuntersuchung zu veranlassen, ehe ein Verdacht fallen gelassen werden darf. Wenn irgend angängig, sollte man sich mehr und mehr auch der Gallekultur des steril entnommenen Blutes bedienen, auch außerhalb der Klinik. Die Stuhl- und Urinuntersuchung ist zur Diagnosenstellung sehr viel weniger brauchbar; sie hat nur unterstützenden Wert.

Bei der Typhusbekämpfung ist die Mitarbeit des praktischen Arztes unentbehrlich, ja unersetzlich. Diese Mitarbeit läßt noch immer sehr viel zu wünschen. Hier hat der beamtete Arzt durch private Aussprache, durch Vorträge in den kleinen ärztlichen Vereinigungen noch viel wichtige Arbeit zu leisten. Durch wöchentliche Nachweisungen aller festgestellten und aller Verdachtsfälle von ansteckenden Krankheiten eines Kreises an alle praktisierenden Aerzte kann die Aufmerksamkeit der Aerzte auf die ansteckenden Krankheiten und so auch auf die Typhus sehr wesentlich geschärft werden.[1])

Jeder Typhuskranke ist in einem mit Isolierabteilung ausgestatteten Krankenhause bis zur Feststellung der bakteriologischen Genesung unterzubringen. Der, dem es gelingt, die größte Zahl seiner Typhuskranken im Krankenhause zu isolieren, ist ceteris paribus der beste Typhusbekämpfer. Läßt sich die stets ungenügende Isolierung im Hause nicht umgehen, so ist durch Zuziehung einer in der Pflege Infektionskranker ausgebildeten Schwester diese Maßnahme einigermaßen einwandsfrei zu gestalten. Bazillenträger dürfen unter keiner Bedingung in irgend welchen Nahrungsmittelbetrieben im weitesten Sinne beschäftigt werden. Sie sollten eigenen Schlafraum, Bett und Abort haben. Ständige, gelegentliche Kontrolle durch den beamteten Arzt ist geboten. Bakteriologische Kontrollen sollen höchstens 4 mal im Jahre erfolgen; ein Mehr ist vom Standpunkt der Sanitätspolizei nicht erforderlich und ruft leicht Mißhelligkeiten hervor. Bakteriologische Genesungen bei Bazillenträgern

[1]) Siehe diese Zeitschrift 1909; Berichte über Versammlungen, Seite 6.

sind skeptisch zu beurteilen; Bazillenträger und genesene Bazillenträger sind in Listen zu führen, um sie stets als in Betracht zu ziehende Infektionsquelle vor Augen zu haben.

Von größter Wichtigkeit endlich sind die sog. Nachermittelungen, die der beamtete Arzt selbst einige Zeit nach der ersten Ermittelung stets vornehmen sollte, um so etwaige Neuerkrankungen alsbald zu eruieren. Die persönliche ermittelnde und überwachende Tätigkeit ist das wichtigste Bekämpfungsmittel.

Neben diesen speziellen Bekämpfungsmaßnahmen ist ständig auch auf die Hebung des allgemeinen hygienischen Niveaus hinzuarbeiten. Hierher gehört die Verbesserung und Ueberwachung der dem öffentlichen Verkehr dienenden Trinkwasserversorgungsanlagen, die einwandsfreie Beseitigung der Abfallstoffe, die Bereitstellung einer genügenden Anzahl mit Infektionsabteilungen ausgestatteter Krankenhäuser, die Bereitstellung von geeigneten Transportmitteln, tadelloses Funktionieren des Desinfektionswesens und die Beschaffung von in der Pflege Infektionskranker ausgebildeten Schwestern. Endlich ist nicht dringend genug auf eine ordentliche Listenführung über die Typhusfälle, in die besonders auch die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchungen genau eingetragen sind, hinzuweisen, da ohne dies nur zu leicht die Uebersicht über die einzelnen Fälle verloren geht.

Die meisten der aufgestellten Forderungen lassen sich im Rahmen der gegebenen Verhältnisse und mit Hilfe der gesetzlichen Maßnahmen ohne weiteres erfüllen; die bakteriologische Feststellung und Ueberwachung ist durch die Medizinaluntersuchungsämter sicher gestellt. Die äußerst wichtige Forderung jedoch, die ständige persönliche ermittelnde und überwachende Tätigkeit des beamteten Arztes an Ort und Stelle, die stets sofort anzustellenden örtlichen Ermittelungen auch bei Verdachtsfällen, die Beaufsichtigung der Umgebung des Kranken, die Nachermittelungen, die Kontrolle der Desinfektoren und der angeordneten Maßnahmen erfordern, wenn sie die Erwartungen erfüllen sollen, vor allen Dingen Zeit und Bereitschaft. Beides ist zur Zeit bei den nicht vollbesoldeten beamteten Aerzten häufig nicht genügend vorhanden.

Um einen dauernden weiteren Rückgang der Typhuserkrankungen zu erzielen, bleibt erstrebenswert, daß

I. die Erfüllung der Forderung nach intensiver örtlich ermittelnder und überwachender Tätigkeit des beamteten Arztes bei jedem Typhus- und jedem Typhusverdachtsfalle gewährleistet wird; daß

II. dazu die Verpflichtung zur Meldung auch des Typhusverdachtfalles eingeführt wird und daß

III. neben den anderen dargelegten Wegen durch ständige Mitteilungen über den Stand der Infektionskrankheiten in ihren Tätigkeitsgebiete die Mitarbeit der praktischen Aerzte bei der Typhusbekämpfung und bei der Seuchenbekämpfung überhaupt weiter gefördert wird. (Eigenbericht.)

Diskussion.

Kreisarzt Dr. Ocker: Die Anzeigefreudigkeit der Aerzte wird sich heben, wenn die Desinfektionskosten vom Kreise getragen werden.

Landrat Dr. Wiedenfeldt: Ganz umsonst dürfen die Desinfektionen nicht sein, da sonst diese Maßnahme nicht genügend gewürdigt wird. In meinem Kreise sind 3 Mark für jede amtliche Desinfektion an die Kreiskasse abzuführen.

Reg.-Assessor de Maizière: Die vorgeschlagene Anzeige an die praktischen Aerzte über jeden Typhusfall in ihrem Tätigkeitsgebiete durch die Kreisärzte ist rechtlich nicht zulässig.

Wegen der vorgerückten Stunde mußte die Diskussion über diesen interessanten Vortrag vorzeitig abgebrochen werden. Der Vorsitzende schließt mit Dankesworten an die Referenten die Sitzung. Ein gemeinsames Mittagsmahl vereinigte dann die Teilnehmer der Versammlung noch bis zum Abend.

Dr. Guttmann-Stade.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. VII.

Verhandlung über die Versammlung der Kreismedizinalbeamten des Reg.-Bez. Liegnitz im Regierungsgebäude am 12. Dezember 1910, mittags 1 Uhr.

Anwesend: Reg.-Präsident Frhr. v. Seherr-Thoß, Geh. Ob.-Reg.-Rat Frhr. v. Zedlitz u. Neukirch aus Berlin als Ministerial-Kommissar, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt-Liegnitz; sämmtliche Kreisärzte und Kreisassistenzärte des Bezirks, Dr. Jedamski, pharmazeutischer Kommissar in Liegnitz sowie die kreisärztlich geprüften Aerzte San.-Rat Dr, Scholz-Görlitz, Dr. Klippel-Neusalz a. O., Dr. Hübner-Lüben und Dr. Schulz-Saabor.

Der Herr Regierungspräsident eröffnet die Versammlung, indem er dem Herrn Minister seinen Dank für Entsendung des Geh. Ob.-Reg.-Rats Frhrn. v. Zedlitz u. Neukirch zu der heutigen Versammlung ausspricht. Darauf übernimmt der Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt das Wort zu:

I. **Geschäftliche Mitteilungen.** Seit der letzten Versammlung im Jahre 1909 sind die Kreisärzte Med.-Räte Dr. Lustig in Grünberg und Dr. Leder in Lauban verstorben. Dr. Leder hat sich ganz besondere Verdienste durch Gründung einer starken Ortsgruppe des Deutschen Vereins für Volkshygiene erworben. Die Versammlung erhebt sich, um das Andenken der beiden Männer zu ehren.

Hierauf begrüßt Geh. Rat Dr. Schmidt die in den Bezirk neu eingetretenen Kreisärzte und Kreisassistenzärzte, besonders aber den Nestor der Medizinalbeamten, Geh. Med.-Rat Dr. Köhler-Landeshut.

II. **Hervorhebung der in der neuen Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 1. September 1909 enthaltenen wesentlichsten Aenderungen gegen die ältere Dienstanweisung vom 23. März 1901.**

Der Referent, Kreisassistenzarzt Dr. Freitag-Görlitz, weist darauf hin, daß die neue Dienstanweisung der derzeitigen Rechtslage angepaßt ist und abgesehen von einigen stilistischen Aenderungen, teils solche erfahren hat, die bereits durch spätere Gesetze, Min.-Erlasse getroffen waren, also eigentlich keine Neuerungen bedeuten, teils solche, die völlige Neuerungen bringen.

Er geht dann auf die Abänderungen der einzelnen Paragraphen näher ein und zwar zunächst auf die, welche die dienstliche Stellung des Kreisarztes im allgemeinen betreffen. Nach § 11 kann der Kreisarzt „dienstliche Aufträge“ auch von einer Abteilung der Regierung (bisher nur vom Regierungspräsidenten) erhalten. Gemeint ist hier wohl hauptsächlich die Abteilung für Kirchen- und Schulwesen, in Betracht kommt aber auch mit Rücksicht auf § 69 (Ortsbesichtigungen), die Abteilung für Domänen und Forsten. Im § 18 (Verhältnis des Kreisarztes zu den Kreisbeamten) ist hinzugefügt, daß er sich mit ihnen erforderlichenfalls auch bezüglich örtlicher Besichtigungen ins Benehmen zu setzen habe und daß er ihren Gesuchen, wenn keine Bedenken entgegenstehen, zu entsprechen habe.

Nach § 22: Verhältnis zu Privatpersonen sind zu den amtlichen Zeugnissen im Privatinteresse auch solche zu rechnen, die zur vertrauensäsztlichen gemäß § 115 gehören; hinzu kommt die außerordentlich wichtige Bestimmung in § 24 Abs. 5, wonach den vollbesoldeten Kreisärzten die Gebühren für vertrauensärztliche Verrichtungen gelassen sind, dagegen hat er die Gebühren für Sachverständigentätigkeit vor Gerichten abzuführen; dasselbe gilt nach § 33 betreffs der ihnen beigegebenen Kreisassistenzärzte.

Im § 26: Dienstaufwand, sind bei Dienstreisen mit Rücksicht auf die Pauschalierung der Reisekosten die Worte: „tunlichst gelegentlich anderweitiger Anwesenheit am Ort“ fortgefallen.

§ 34 Abs. 8 erweitert die dienstlichen Obliegenheiten insoweit, als der Kreisarzt verpflichtet ist, auf allgemein ministerielle oder regie-

rungsseitige Anordnung nicht nur die bis dahin pflichtmäßigen Atteste auszustellen (z. B. für den Eintritt in den Staats- und Kommunaldienst), sondern auch die vertrauensärztliche Tätigkeit gemäß § 115 zu übernehmen, z. B. die ärztliche Tätigkeit an staatlichen Anstalten, die Tätigkeit als Vertrauensarzt einer Invalidenversicherungsanstalt usw. Hierher gehört auch die Untersuchung von Unfallverletzten einer Berufsgenossenschaft, die Tätigkeit als hygienischer Beirat bei Wasserwerken, als Stadtarzt, Schularzt u. dgl.

Der Jahresbericht (§ 117) ist statt zum 1. April schon zum 1. März einzureichen. Grund hierfür ist wohl das erheblich vereinfachte Formular. Der Bericht verursacht hiernach wesentlich weniger Arbeit.

Auf dem Gebiete der Medizinalpolizei finden sich folgende wesentliche Aenderungen:

§ 45 Abs. 3 bestimmt, daß die Veränderungen unter den Aerzten, Zahnärzten und Apothekern bis zum 1. August jeden Jahres einzureichen seien. Inzwischen ist diese Bestimmung durch Min.-Erl. 22. Dezember 1909 wieder aufgehoben.

Neu ist im § 45 Abs. 4 die An- und Abmeldepflicht der Schiffsärzte (Bekanntm. d. Reichskanzlers vom 3. Juli 1905). Hält der Kreisarzt einen sich meldenden Schiffsarzt für ungeeignet, so hat er die Entscheidung des Regierungspräsidenten zu beantragen und bis dahin die Verwendung des Arztes zu untersagen.

Nach § 49 sind die pflichtmäßigen Eingaben der Apotheker nicht wie bisher einfach weiterzureichen, sondern erforderlichenfalls mit Bemerkungen zu versehen. Die Apotheker sind ferner erst bei Abwesenheit von 3 Tagen zur Anzeige und Nennung des Vertreters verpflichtet (bisher bei 24 Stunden).

Bei Stellenwechsel eines Apothekerlehrlings (§ 51) ist das Zulassungszeugnis zu der neuen Stelle vom Kreisarzt zu genehmigen und ihm vorher das mit Angabe des Grundes zum Stellenwechsel versehene Zeugnis vorzulegen. Bei Prüfungen der Apothekerlehrlinge ist nicht mehr eine Verhandlung aufzunehmen; es genügt ein Vermerk im Lehrlingstagebuche.

Betreffs der Kurpfuscher (§ 46) ist neu angeordnet, daß bei ihrer Meldung die Vollständigkeit der vorzulegenden Papiere zu kontrollieren ist. Ferner soll darauf gesehen werden, daß sie in den Zeitungen nicht Reklamen veröffentlichen, die unwahre Versprechungen enthalten und zu Täuschungen des Publikums Veranlassung geben können.

Die §§ 54—56 handeln von der Ueberwachung des Arzneimittel- und des Giftverkehrs außerhalb der Apotheken. Es sind genaue Vorschriften über die Prüfung der zu diesem Gewerbe (Gifthandel) sich meldenden Personen gegeben; wenn nur beschränkte Konzession beantragt ist, so ist die Kenntnis derjenigen Stoffe, mit denen gehandelt werden soll, zu verlangen. Bei Bestehen der Prüfung wird ein Zeugnis erteilt, in das bei beschränkter Konzession das Verzeichnis der Gifte, mit denen gehandelt werden soll, einzutragen ist. Eine Abschrift des Zeugnisses ist zur Registratur des Kreisarztes zu nehmen. Bei Nichtbestehen der Prüfung ist ein Vermerk in der Registratur zu machen.

Hebammenwesen (§§ 57—63): Das Formular für die Hebammenpersonalien ist um eine Rubrik (Teilnahme an Wiederholungskursen) vermehrt. Die Nachprüfungen der Hebammen haben jetzt alle 2 Jahre (früher alle 3 Jahre) stattzufinden; sie dürfen auch ohne Genehmigung des Regierungspräsidenten an anderen Orten (d. h. nicht am Wohnort des Kreisarztes) stattfinden. Ganz neu ist die Bestimmung, daß der Kreisarzt die Hebammen bei geeigneten Gelegenheiten bei Ausübung ihres Berufes beobachten soll und sie im Laufe von 2 Jahren unvermutet in ihrer Wohnung zu kontrollieren hat (§ 57). Für die Prüfung der zum Hebammenberufe sich meldenden Personen sind im § 60 genauere Vorschriften gegeben; ein Diktat soll ohne grobe Fehler geschrieben, die Dezimal- und Prozentrechnung beherrscht werden usw. Nach § 58 soll der Kreisarzt darauf hinwirken, daß den Bezirkshebammen Desinfektionsmitttel und Instrumente unentgeltlich geliefert werden und daß ihre Anstellung statutarisch geregelt wird. Die freitätigen Hebammen sollen zum Eintritt in bestimmte Kranken- und Unterstützungskassen für Hebammen veranlaßt werden.

Bezüglich der Krankenpflegepersonen (§ 64) gilt folgendes:

Die Prüfung richtet sich nach dem Erlasse vom 10. Mai 1907. Wenn (§ 66) hinsichtlich einer staatlich geprüften Krankenpflegeperson Tatsachen bekannt werden, die den Mangel der zu fordernden Eigenschaften dartun, oder wenn solche Personen beharrlich ihren Vorschriften zuwiderhandeln, so hat der Kreisarzt die Zurücknahme der Anerkennung beim Regierungspräsidenten zu beantragen.

Hinsichtlich der Desinfektoren bestimmt § 67, daß der Kreisarzt versuchen soll, die Gemeinden zur Anstellung staatlich geprüfter Desinfektoren zu veranlassen. Wenn die Gemeinden dies ablehnen, soll er geeignete Personen dazu bewegen, sich ausbilden zu lassen und dann das Desinfektorengewerbe frei auszuüben. Von 3 zu 3 Jahren hat der Kreisarzt die Desinfektoren nachzuprüfen (Grundzüge der Bakteriologie, Desinfektionsmittel und Apparate, deren Handhabung usw.). Alljährlich bis zum 1. April sind die nachzuprüfenden Desinfektoren dem Regierungspräsidenten namhaft zu machen.

Leichenschauer sind, wenn ein Bedürfnis vorhanden sein sollte, von dem Kreisarzt selbst auszubilden (§ 68).

In bezug auf die sanitätspolizeiliche Tätigkeit gelten folgende Aenderungen:

§ 14 Abs. 3: Bei Vorschlägen, die der Kreisarzt der Ortspolizeibehörde macht, hat diese nicht wie bisher, seine Vorschläge einfach auszuführen, sondern sie einer eingehenden Prüfung zu unterziehen und darauf das Erforderliche zu veranlassen.

Ortsbesichtigungen sind nach § 69 dem Landrat und dem betreffenden Ortsvorsteher wenigstens 8 Tage vorher anzuzeigen. Sollen Domänen besichtigt werden, so ist dies mindestens 14 Tage vorher der Regierung, Abteilung für Domänen und Forsten, anzuzeigen.

Bei Beobachtung der Wasserversorgung (§ 74) sind regelmäßig wiederkehrende örtliche Besichtigungen mindestens alle 3 Jahre vorzunehmen. Bakteriologische und chemische Wasseruntersuchungen soll der Kreisarzt möglichst im Institut für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin vornehmen lassen. Blut-, Faezes- usw. Untersuchungen sollen dagegen in dem zuständigen Medizinal-Untersuchungsamt vorgenommen werden. Der Kreisarzt soll sein Augenmerk darauf richten, daß die Gefäße zur Aufnahme von Proben zur Untersuchung an geeigneten Stellen (es brauchen also nicht immer die Apotheken zu sein) vorhanden sind (§ 37 Abs. 3).

Weiter bestimmt § 78, daß der Kreisarzt sich vergewissern soll, ob bei Entnahme von Nahrungsmittelproben aus Kaufläden, auf Märkten usw., vorschriftsmäßig verfahren wird.

Neu ist § 80a: Bekämpfung des Alkoholismus. In Betracht kommt: Verteilung von Merkblättern, Beförderung des Ausschanks alkoholfreier Getränke, öffentliche Vorträge, Belehrung der Volksschullehrer usw.

Neu ist auch die Bestimmung des § 82, wonach bei jedem ersten Falle von Kindbettfieber und Typhus ebenso eine örtliche Besichtigung vorzunehmen ist, als wenn es sich um eine der im Gesetz vom 30. Juni 1900 genannten gemeingefährlichen Krankheiten handelt, also auch bei Verdacht.

§ 85: Die wöchentliche Nachweisung der übertragbaren Krankheiten ist an jedem Dienstag (früher an jedem Montag) dem Regierungspräsidenten einzureichen.

Nach § 85a (ganz neuer Zusatz) soll der Kreisarzt zur Vorbereitung für die Seuchenbekämpfung, die dem allgemeinen Gebrauch dienenden Wasseranlagen und Einrichtungen zur Beseitigung der Abfallstoffe überwachen und dafür sorgen, daß für den Fall des epidemischen Auftretens solcher Krankheiten Absonderungsräume, Pflegepersonen usw. vorhanden sind.

Bezüglich der Gewerbehygiene sagt § 91, daß örtliche Besichtigungen gewerblicher Betriebe nur dann vorzunehmen sind, wenn von der Behörde, die die Vorlage übersandt hat, darum ersucht wird.

Schulbesichtigungen (§ 94): Die Besichtigungspflicht ist noch auf Rektorats-, gehobene Mädchenschulen u. drgl. ausgedehnt worden. Die Vorschriften finden auf Rettungshäuser, Kleinkinderbewahranstalten usw. sinngemäße Anwendung. — Nach § 96 ist die Begründung für Schulschließungen näher anzugeben.

Nach § 98 ist bei Todesfällen von Haltekindern nach der Todes-

ursache und danach zu forschen, ob die betreffende Haltefrau ein Vorwurf trifft. Der Kreisarzt soll die Anstellung von Aufsichtsdamen befürworten.

§ 98a handelt ausschließlich von der Säuglingsfürsorge. Für stillende Mütter sollen Arbeitspausen erwirkt werden. An größeren Orten sind besondere Säuglingsfürsorgestellen zu errichten.

Nach § 100 sind nur nichtstaatliche Krankenanstalten regelmäßig wiederkehrenden Untersuchungen zu unterwerfen. Der Provinzialverwaltung und dem Johanniterorden unterstehende Anstalten sind nur auf besondere Anweisung zu besichtigen. Umbauten bei größeren Krankenhäusern brauchen nicht kontrolliert zu werden.

§ 103a handelt von der Krüppelfürsorge. Der Kreisarzt hat geeignetenfalls für Unterbringung in Krüppelheimen zu sorgen und ein Krüppelverzeichnis zu führen.

Bezüglich der Leichenpässe schreibt § 111 vor, daß bei Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit (Gesetz vom 30. Juni 1900) gestorben sind, der Leichenpaß zu versagen ist. Bei Diphtherie, Meningitis, Scharlach usw. ist nach Lage des Falles zu entscheiden, ob der Leichenpaß zu erteilen ist.

In der Registratur ist gestrichen: das Gebührenverzeichnis; neu hinzugekommen sind: 1. das Reisetagebuch, 2. das Krüppelverzeichnis.

Bei der sich anschließenden Diskussion hebt der Herr Ministerialkommissar Frhr. v. Zedlitz u. Neukirch hervor, daß die Veränderungen der Dienstanweisung eigentlich keine Veränderungen sind; sie sind allmählich entstanden und jetzt hineinredigiert. Die Nachträge sind hierbei übersichtlicher gestaltet; § 23 ist gestrichen, dies ist keine materielle Aenderung; § 34 erweitert nicht die Pflichten, sondern dient lediglich zur Klarstellung. Die Aufgaben des Medizinalbeamten zu erweitern, war auch schon vorher das Recht des Herrn Ministers. Auch die Bestimmungen über Uebernahme einer vertrauensärztlichen Tätigkeit im Auftrage des Herrn Ministers ist nicht neu. Nur in den wenigsten Punkten, z. B. Krüppelfürsorge und Alkoholbekämpfung, bringt die Dienstanweisung Neuerungen.

Der Herr Regierungspräsident spricht darauf den Kreisärzten seine Anerkennung aus für ihre Betätigung auf hygienischem Gebiet. Es bleibt noch sehr viel zu leisten, namentlich bezüglich der Kanalisation einzelner Orte. Besonders krass liegen die Verhältnisse in Grünberg. Hier muß weiter gearbeitet werden und wird die Wasser- und Abwässerfrage der Aufmerksamkeit der Kreisärzte noch besonders empfohlen. Der Herr Regierungspräsident macht dann noch besonders darauf aufmerksam, daß die Säuglingsfürsorge in Liegnitz sehr gut organisiert sei und empfiehlt die Besichtigung des Augusta Viktoria-Heims (Krippe) in der Feldstraße.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt empfiehlt den Kreisärzten auf die angeordnete Verteilung von Säuglingspflege-Merkblättern durch die Impfärzte besonders zu achten. Bei Gelegenheit der Impftermine sollen kurze erläuternde Bemerkungen gemacht werden, um die Mütter auf die Bedeutung dieser Sache aufmerksam zu machen. Auch die Verteilung von Alkohol-Merkblättern bei Impfterminen wird nochmals in Erinnerung gebracht, jedoch mit dem Rate, durch ein „zu viel“ nicht mehr zu schaden als zu nützen. Des weiteren bespricht er auf Grund der Beobachtungen der letzten 4 Jahre diejenigen Punkte, auf die seitens der Kreisärzte bei den Apothekenmusterungen besonders zu achten ist. Das Giftbuch ist darauf zu prüfen, ob der Stand des Erwerbers oder Abholers und die den Erlaubnisschein ausstellende Behörde (Amtsvorsteher) und deren Geschäftsnummer verzeichnet sind. Auch die Aufbewahrung der Giftscheine ist von großer Bedeutung, da diese in kriminellen Fällen einmal wichtige Aufschlüsse geben können. Ferner soll darauf geachtet werden, daß die Wagen und Gewichte und zwar auch die Handelswagen pp. rechtzeitig nachgeaicht werden. Von Wichtigkeit ist ferner, die Rezeptmappen darauf zu prüfen, daß bei telephonischer Bestellung von stark wirkenden Arzneien (Morphium, Kokain, Digitalis u. a. m.) die Unterschrift des Arztes seitens des Apothekers eingeholt ist. Auch die Geheimmittelverordnung wird nicht genügend beachtet. Weder die Wickel (äußere Umhüllungen), noch die Abgabegefäße dürfen Anpreisungen enthalten. In einer Apotheke allein seien z. B. Stomakal Richters, 'e pills Warner, Sprangers Balsam und Magentropfen, Pinkpillen, Noordyl,

Whites Augenwasser, Wilhelms Tee mit Anpreisungen gegen die verschiedensten Krankheiten vorgefunden worden, in anderen Apotheken auch Antitussin, Glandulen-Tabletten, Villachtropfen, Kongopillen usw.

III. **Kurze Uebersicht der zu dem Reichsseuchengesetze und zu dem Landesseuchengesetze erlassenen Anweisungen und Ausführungsbestimmungen samt Ergänzungen.** Referent: Kreisassistenzarzt Dr. **Süßmann**-Liegnitz.

Mit der außerordentlichen Umwälzung, die das verflossene Jahrhundert, wie auf vielen Gebieten, so auf dem der Erkenntnis und Ausbreitung der Seuchen hervorrief, mußte die bis dahin hauptsächlichste Waffe der Seuchenpolizei, das Regulativ über die ansteckenden Krankheiten vom 8. August 1835 in mehrfacher Hinsicht an Tauglichkeit einbüßen. Ja, es versagte vollkommen in zwei Punkten, welche gerade gegen die Jahrhundertwende die Aufmerksamkeit beanspruchten: beim Pockenverdacht und bei der Pest. So wurde eine neuzeitliche Regelung der Seuchen-Gesetzgebung notwendig, als deren erste Aeußerung und Grundlage das (Reichs-)Gesetz **betr. die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten vom 30. Juni 1900** erschien. Die Vorzüge des Gesetzes bestehen einerseits in der Beschränkung auf die sechs, die gesamte Volkseinheit bedrohenden Krankheiten, und in der Festlegung der Grenzen, die bei den Ausführungsmaßnahmen nicht überschritten werden sollen, anderseits in der Möglichkeit, diese Maßnahmen etwaigen besonderen Verhältnissen anzupassen. Des weiteren gibt das Gesetz vornehmlich in den §§ 5, 35,2 und 48 Hinweise und Richtlinien für die Bekämpfung anderer übertragbarer Krankheiten, dieses Gebiet den Bundesstaaten überlassend. Freilich haben von der Befugnis einer einheitlichen Landes-Seuchen-Gesetzgebung nur Preußen und Braunschweig Gebrauch gemacht.*)

Wie die damals sehr bedrohliche Pestgefahr das Zustandekommen des Reichsgesetzes nach früheren vergeblichen Anläufen begünstigt hatte, so zeigte sie sich auch zunächst bei seiner Ausführung wirksam.

Die vorläufigen Ausführungsbestimmungen (1)**) vom 6. Okt. 1900 befassen sich mit der Pest, desgleichen stellt ein Schreiben des Reichskanzlers die „Grundsätze, die bei der Bekämpfung der Pest zu beachten sind" (2) unter dem 26. Oktober 1900 zusammen; unter dem 12. Juli 1901 ergehen Anordnungen (3) zu ersterem Erlaß und am 3. Juli 1902 erscheint eine Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Pest (4), von diesbezüglichen preußischen Ausführungsvorschriften (5) im November gefolgt. Unstimmigkeiten bei der Handhabung der Desinfektion zeitigen 1904 Vorschriften über Umfang und Ausführung der bei Pest erforderlichen Desinfektion (6).

Erst am 28. Januar 1904 erschienen auch Anweisungen zur Bekämpfung von Aussatz, Cholera, Fleckfieber und Pocken (7) mit preußischen

---

*) Diese Ansicht der Referenten ist nicht zutreffend, seit Erlaß des Reichsseuchengesetzes sind in der Mehrzahl der deutschen Bundesstaaten die gesetzlichen Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten neu geregelt. (Red.).

**) Die eingeklammerten Ziffern beziehen sich auf die unten stehenden Fußnoten. Die Abkürzungen lauten: R. G.: Reichsseuchengesetz; P. S. Preußisches Landesseuchengesetz; M.-E.: Min.-Erlaß; B. d. R.: Bekanntmachung des Reichskanzlers; R.-G.-Bl.: Reichsgesetzblatt; Min.-Bl.: Ministerialblatt für Mediz.-Angelegenheiten; Z. f. M.: Zeitschrift für Medizinalbeamte.

[1]) Bekanntm. d. Reichskanzlers betr. vorläufige Ausführungsbestimmungen zum R. G. vom 6. Okt. 1900 (R.-G.-Bl., S. 850).

[2]) Grundsätze, die bei der Bekämpfung der Pest zu beachten sind. Schreiben des Reichskanzlers, Reichsamt des Innern vom 26. Okt. 1900; I 9979.

[3]) Anordnungen zu 1 vom 12. Juli 1901 (M.-Bl., S. 206).

[4]) Anweisung d. Bundesrats zur Bekämpfung der Pest vom 3. Juli 1902 (Veröff. des Kaiserl. Gesundheitsamts; 1902, Nr. 38).

[5]) Ausführungsvorschriften zu 4 vom 26. Nov. 1902 (M.-Bl. 1903, S. 54).

[6]) Min.-Erl. vom 18. Febr. 1904 betr. Vorschriften über Umfang und Ausführung der bei der Pest erforderlichen Desinfektion (Min.-Bl. 1904, S. 81).

[7]) Anweisungen zur Bekämpfung von Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Pocken vom 28. Jan. 1904 (Min.-Bl., S. 96).

Ausführungsvorschriften (8). Diese Anweisungen, ebenso wie die über die Pest von 1902 enthalten für jede der genannten Krankheiten eine Zusammenstellung der gültigen Bestimmungen und geben so eine vorzügliche Handhabe für die Behörden im Einzelfalle. Für Gelbfieber erschien eine Anweisung nicht dringlich, wie denn auch seine Aufnahme in das Gesetz mehr vorbauend war.

Als Ergänzungen seien weiter genannt eine Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 4. Mai 1904 über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern, ausgenommen Pesterregern (9); hierauf bezieht sich ein preußischer Min.-Erlaß vom 6. August 1905 (10), ferner das internationale Uebereinkommen betr. Maßregeln gegen Pest, Cholera, Gelbfieber vom 5. Dezember 1903 (11), dem in den nächsten Jahren noch weitere Staaten beitraten und das die Beschränkung der Abwehrmaßregeln auf das eben noch zulässige Mindestmaß zum Ziele hatte; — ein Erlaß betreffend die vom Bundesrat vom 21. März 1909 genehmigten Desinfektionsanweisungen (12) und Erläuterungen zu § 39 des Gesetzes über das Verhalten der Zivilbehörden bei Erkrankungsfällen in militärischen Dienstgebäuden vom 18. Dezember 1909 (13).

Einige weitere Erlasse, die gleichzeitig den Stoff des preußischen Seuchengesetzes betreffen, seien für den Schluß vorbehalten und hier nur noch zusammenfassend die Punkte bezeichnet, welche bei Cholera und Pocken, als den dauernd für das Deutsche Reich bedeutsamsten Seuchen, Gegenstand besonderer behördlicher Aufmerksamkeit waren. So befaßen sich eine Abänderung der Ausführungsbestimmungen in Nr. 2, 1—2 betreffend Cholera (14), (bei schwerem Verdacht auf Cholera ist die bakteriologische Untersuchung, wenn nötig, dreimal anzustellen) sowie verschiedene Min.-Erlasse aus 1905—1906 mit der Feststellung dieser Seuche (15—19), andere aus den Jahren 1903—1908 mit Maßnahmen gegen die Verbreitung der Cholera durch Wasserläufe (20—23),

---

[8]) Ausführungsbestimmungen zu 7 vom 12. Sept. 1904 (Min.-Bl., S. 364).

[9]) Bekanntm. d. Reichskanzlers betr. Vorschriften über das Arbeiten und den Verkehr mit Krankheitserregern, ausgenommen Pesterregern vom 4. Mai 1904 (R.-G.-Bl., S. 159).

[10]) Min.-Erl. zu Nr. 9 vom 6. Aug. 1904 (Min.-Bl., S. 312).

[11]) Internationales Uebereinkommen betr. Maßregeln gegen Pest, Cholera, Gelbfieber vom 5. Dez. 1903 (Min.-Bl. 1907, S. 387.

[12]) Min.-Erl. betr. die vom Bundesrat am 21. März 1907 genehmigten Desinfektionsanweisungen (Min.-Bl., S. 228).

[13]) Min.-Erl. vom 18. Dez. 1909 betr. § 39 R. G. über die Auslegung des Begriffs „militärische Dienstgebäude“ (Min.-Bl. 1910, S. 58).

[14]) Min.-Erl. vom 4. Okt. 1905 betr. wiederholte bakteriologische Untersuchungen bei Choleraverdacht (Min.-Bl., S. 432).

[15]) Bekanntm. d. Reichskanzlers vom 5. April 1907 (Min.-Bl., S. 138) und Min.-Erl. vom 24. Mai 1907 (Min.-Bl., S. 218) betr. Abänderung der Ausführ.-Bestimmungen in Nr. 2, Abs. 1—2 betr. Cholera.

[16]) Min.-Erl. vom 11. Sept. 1905 betr. zweimalige Untersuchung choleraverdächtiger Fälle (Min.-Bl., S. 369).

[17]) Min.-Erl. vom 1. Okt. 1905 betr. endgültige Feststellung des Choleraverdachts durch den Kreisarzt (Min.-Bl., S. 369).

[18]) Min.-Erl. vom 5. Okt. 1905 betr. Entnahme von Flußwasser in der Nähe choleraverdächtiger Stellen zur Untersuchung (Min.-Bl., S. 433).

[19]) Min.-Erl. vom 20. März 1906 betr. Mitteilungen des Untersuchungsamts über Ergebnis der Cholera-Untersuchungen an den Kreisarzt (Min.-Bl., S. 179).

[20]) Min.-Erl. vom 11. Febr. 1903 betr. Zapfstellen für Schiffer u. Flößer (Min.-Bl., S. 142).

[21]) Min.-Erl. vom 12. Sept. 1905 betr. Anmeldung von Schiffern und Flößern, wenn solche 6 Tage vorher in Cholerabezirken sich aufgehalten (M.-Bl., S. 370).

[22]) Min.-Erl. vom 29. Sept. 1905 betr. Bereitstellung von Trinkwasser für Arbeiter an choleraverdächtigen Flußläufen (Min.-Bl., S. 430).

[23]) Min.-Erlaß vom 7. Okt. 1905 betr. Trinkwasser-Entnahmestellen für Schiffer und Flößer (Min.-Bl., S. 434).

endlich zwei fernere mit der Einschleppungsgefahr aus Rußland (24—26). Bei den Pocken sind es das Meldewesen (27—30), das Impfwesen (31—33) und von besonderen Maßnahmen die gegen die Uebertragung von Pocken auf Arbeiter in Lagerräumen von Lumpen (34—35), welche zu Aeußerungen der verschiedenen Behörden Anlaß gaben. Ausdrücklich sei noch auf den Erlaß von 1908 hingewiesen, wonach Variolois als Pockenerkrankung anzusehen und gemäß dem Reichsgesetz hierbei zu verfahren ist (36). Sonst ist noch erwähnenswert ein Erlaß, der eine frühere Verlautbarung betr. Anhaltspunkte für die Diagnose bei Flecktyphus in Erinnerung bringt (37); die über den Aussatz ergangenen Bestimmungen haben wohl vorwiegend örtliche Wichtigkeit.

Wie erwähnt, ist auf der Grundlage des oben behandelten Reichsgesetzes das Preussische Landesseuchengesetz vom 28. Aug. 1905, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten aufgebaut: Abschnitt für Abschnitt weist es auf die Bestimmungen des Ausgangsgesetzes hin. Es greift ebenfalls eine, wenn auch größere Zahl aus der Reihe der übertragbaren Krankheiten heraus, gibt aber auch Mittel und Wege an, um darüber hinaus besonderen Verhältnissen gerecht zu werden (davon hat man z. B. im vergangenen Jahre gegenüber der akuten spinalen Kinderlähmung Gebrauch gemacht; s. u.). — Bei der Verschiedenartigkeit der im Gesetz zusammengefaßten Krankheiten war natürlich die straffe Einheit des Reichsgesetzes hier nicht durchführbar, im Gegenteil eine den praktischen Erfordernissen sich anpassende Gliederung geboten. Leider ist dieser Gesichtspunkt bei der parlamentarischen Behandlung des Gesetzentwurfes zu stark betont worden, und so sind schwere Mängel entstanden: Das Fehlen der Anzeigepflicht beim Krankheitsverdacht, die Beschränkung bei der Tuberkulose auf die Todesfälle nach Lungen- und Kehlkopf-Erkrankungen, ferner wenn auch nicht von so einschneidender Bedeutung die Fortlassung der übertragbaren Geschlechtskrankheiten, von Keuchhusten und Masern aus dem Gesetze. Zum Teil ist es gelungen, diese und andere Lücken durch die erlassenen Ausführungs-Bestimmungen und spätere Verordnungen wenigstens abzuschwächen. Die vorläufigen Ausführungsbestimmungen (38) vom 14. Oktober 1905 wurden durch Ausführungs-Anweisungen für die neun wichtigsten Krankheiten des Gesetzes und durch

---

[24]) Min.-Erl. vom 22. Aug. 1907 betr. Maßregeln zur Bekämpfung der Cholera in den Deutsch-Russischen Grenzbezirken (Min.-Bl., S. 288).

[25]) Min.-Erl. vom 4. Sept. 1908 betr. Untersuchung der aus choleraverseuchten Orten Rußlands kommenden Reisenden (Min.-Bl., S. 328).

[26]) Min.-Erl. vom 29. Juli 1910 betr. Maßnahmen zur Bekämpfung der aus Rußland drohenden Choleragefahr im Eisenbahnverkehr (Min.-Bl., S. 257).

[27]) Min.-Erl. vom 19. Mai 1905 betr. Pocken-Zählkarten (Min.-Bl., S. 262).

[28]) Min.-Erl. vom 20. Juli 1905 betr. wöchentliche Nachweisungen bei Pocken, nur bei Epidemien (Min.-Bl., S. 334).

[29]) Min.-Erl. vom 30. März 1906 betr. doppelte Zählkarten bei Pocken (Min.-Bl., S. 181).

[30]) Min.-Erl. vom 1. Sept. 1908 betr. genaue Ausfüllung der Zählkarten für Erkrankungen und Todesfälle an Pocken (Min.-Bl., S. 358).

[31]) Min.-Erl. vom 20. Mai 1908 betr. Beachtung der Anweisung über Pocken und Sorgfalt beim Impfgeschäft (Min.-Bl., S. 226).

[32]) Min.-Erl. vom 6. März 1908 betr. Impfung des Warte- und Pflegepersonals (Min.-Bl., S. 142).

[33]) Min.-Erl. vom 26. Juni 1904 betr. Prüfung der Impfpläne durch den Kreisarzt (Z. f. Med.-B., S. 199).

[34]) Min.-Erl. vom 20. Dez. 1907 betr. Maßnahmen gegen Uebertragung von Pocken auf Arbeiter in Lagerräumen von Lumpen (Min.-Bl., S. 325).

[35]) Min.-Erl. vom 19. März 1909 betr. Uebertragung von Pocken auf Arbeiter in Lagerräumen von Lumpen und ihre Impfung (Min.-Bl., S. 170).

[36]) Min.-Erl. vom 22. Sept. 1908: Variolois ist als Pocken zu behandeln (Min.-Bl., S. 376).

[37]) Min.-Erl. vom 6. Juli 1904 bringt Erlaß vom 24. Januar 1880 betr. Anhaltspunkte für die Diagnose des Flecktyphus in Erinnerung (Min.-Bl., S. 292).

[38]) Vorläufige Ausführungsbestimmungen zum Pr. Gesetz vom 7. Okt. 1905.

allgemeine Ausführungsbestimmungen (39) ergänzt. Hierzu kommt noch ein Erlaß über die Auslegung einiger Bestimmungen des Gesetzes (40), betreffend Desinfektionen beim Wohnungswechsel Tuberkulöser und betreffend Bazillenträger bei Typhus sowie die äußerst wirkungsvolle Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen (41). Praktisch wichtig ist auch der Erlaß über die Tragung der Kosten bei der Ermittelung eines ersten Falles einer übertragbaren Krankheit (42) und eine neuerlich hierzu ergangene Entscheidung (43), wonach nur die Kosten für den ersten Fall die Staatskasse trägt.

Im übrigen sind natürlich zahlreiche Verordnungen erlassen, welche auf die einzelnen Krankheiten des Gesetzes Bezug nehmen. Von diesen seien, als für den Medizinalbeamten wichtig, kurz erwähnt bei Tuberkulose: Meldung von Fällen, wo Menschen nach Milchgenuß von tuberkulosekranken Kühen erkrankten, aber auch von Fällen des Gesundbleibens (44—45). Ferner Berichterstattung über Maßnahmen gegen Tuberkulose (46) und eine Empfehlung der Wohnungs-Desinfektion beim Umzuge Tuberkulöser, gegebenenfalls unter Uebernahme der Kosten durch gemeinnützige Verbände (47). Beim Typhus sind erwähnenswert die Erlasse betreffend Typhuserkrankungen in Irrenanstalten (Beachtung der Zugänge) (48) und betreffend Uebertragung von Typhus durch Butter und Käse (49), sowie über die Ausstellung einer schriftlichen Anweisung zur Entnahme von Untersuchungsmaterial in solchen Kreisen, welche keine Pauschale an die Untersuchungsämter zahlen (50).

Bei der Genickstarre bezieht sich ein Erlaß auf die Wiederzulassung von Schülern nach Ferien, die sie in Genickstarre-Gegenden verbracht haben (51), ein anderer auf die Mitteilung von Genickstarre-Verdacht an den Kreisarzt und Ermittelungen seitens desselben (52). Hinsichtlich der Körnerkrankheit werden die Direktiven der Militärbehörden für Untersuchung und Beurteilung der Bindehauterkrankung als maßgebend erklärt (53), für

---

[39]) Ausführungsanweisungen vom 10. August 1906 zum Pr. Gesetz [9 Hefte] (Min.-Bl., S. 369, Beilage zu Nr. [illegible]).

[40]) Min.-Erl. vom 14. Juni 1906 (Auslegung einiger Bestimmungen des Pr. Gesetzes betr. Desinfektion beim Wohnungswechsel Tuberkulöser u. betr. Bazillenträger beim Typhus (Min.-Bl., S. 268).

[41]) Min.-Erl. vom 9. Juli 1907: Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen (Min.-Bl., S. 283).

[42]) Min.-Erl. vom 11. Mai 1907 betr. Kosten für die Ermittelung beim ersten Fall einer übertragbaren Krankheit (Min.-Bl., S. 204).

[43]) Min.-Erl. vom 30. Nov. 1909 betr. dasselbe wie Nr. 42.

[44]) Min.-Erl. vom 5. Jan. 1905 betr. Meldung über Erkrankungen durch Milch von Kühen mit Eutertuberkulose (Z. f. Med.-B., S. 23).

[45]) Min.-Erl. vom 20. Mai 1906 betr. Meldung über Gesundbleiben nach Milchgenuß von Kühen mit Eutertuberkulose (Min.-Bl., S. 313).

[46]) Min.-Erl. vom 24. August 1905 betr. Berichterstattung über Maßnahmen gegen Tuberkulose (Z. f. Med.-B., S. 298).

[47]) Min.-Erl. vom 16. Okt. 1908 betr. Empfehlung der Wohnungsdesinfektion beim Umzuge Tuberkulöser (Min.-Bl., S. 388).

[48]) Min.-Erl. vom 17. Juli 1909 betr. Typhus-Erkrankungen in Irrenanstalten [Zugänge] (Min.-Bl., S. 379).

[49]) Min.-Erl. vom 27. Juli 1910 betr. Uebertragung von Typhus durch Butter und Käse (M. Bl., S. 338).

[50]) Min.-Erl. vom 24. Dez. 1909 betr. schriftliche Anweisung zur Entnahme von Untersuchungsmaterial in Kreisen, die keine Pauschale an die Untersuchungsämter zahlen.

[51]) Min.-Erl. vom 18. April 1905 betr. Wiederzulassung von Schülern, die während der Ferien in Genickstarre-Gegenden aufgehalten haben (Min.-[illegible]01).

[52]) Min.-Erl. vom 18. März 1909 betr. Mitteilung von Genickstarre-Verdacht an den Kreisarzt und Ermittelungen seitens desselben (Min.-Bl., S. 234).

[53]) Min.-Erl. vom 2. April 1906: Die Direktiven für Untersuchung und Beurteilung der Bindehauterkrankungen beim Militär sind auch bei der Bekämpfung der Körnerkrankheit maßgebend (Min.-Bl., S. 177).

Masern und Keuchhusten wird auf die Ausdehnung der Meldepflicht auf Badeorte hingewiesen (54). Die Ausdehnung der Meldepflicht auf akute spinale Kinderlähmung für die Regierungsbezirke Cöln, Arnsberg, Düsseldorf (55) ist bereits oben erwähnt, auf dieselbe Krankheit bezieht sich ein Erlaß wegen Verteilung von Ratschläge an Aerzte (56). Aus diesem Jahre datiert endlich eine Warnung vor dem Genuß von rohem Hackfleisch insbesondere in Anstalten (57).

Zum Schlusse seien noch einige Erlasse genannt, welche beide Gesetze gleichzeitig betreffen, wie Einzelheiten des Meldewesens (58—59), Versendung von infektiösem Material (60—65), Aenderungen der Eisenbahn-Verkehrsordnung in bezug auf Personen mit ansteckenden Krankheiten (66—67), Desinfektion ausrangierter Wäsche aus Krankenhäusern, Vernichtung der Abfälle von Verbandsstoffen aus Krankenanstalten, Desinfektion von Arzneigefäßen, die bei übertragbaren Krankheiten Verwendung fanden (68—70). Hierher gehören auch: Besichtigung des Manövergeländes (71) und Ermittelungen bei übertragbaren Krankheiten in Provinzialanstalten durch den Kreisarzt (72); Bestimmungen über Mitteilungen der Zivil- und Militärbehörden bei übertragbaren Krankheiten (73), Abkommen über Nachrichtenaustausch bei ansteckenden

---

[54]) Min.-Erl. vom 21. Juni 1910 betr. Ausdehnung der Meldepflicht auf Keuchhusten und Masern in Badeorten (Min.-Bl., S. 256).

[55]) Min.-Erl. vom 13. Okt. 1909 betr. Ausdehnung der §§ 1—4, 6 I und 8 I. i Pr. Gesetz auf spinale Kinderlähmung für die Reg.-Bez. Cöln, Arnsberg, Düsseldorf (Min.-Bl., S. 521).

[56]) Min.-Erl. vom 16. März betr. Ratschläge an Aerzte über akute spinale Kinderlähmung (Min.-Bl., S. 173).

[57]) Min.-Erl. vom 14. Jan. 1910 betr. Warnung vor Genuß von rohem Hackfleisch in Anstalten (Min.-Bl., S. 77).

[58]) Min.-Erl. vom 5. Jan. 1906 betr. Wochenmeldung am Montag bei übertragbaren Krankheiten (Min.-Bl., S. 33).

[59]) Min.-Erl. vom 6. April 1907 betr. die Nachweisung der Neujahrswoche über übertragbare Krankheiten (Min.-Bl., S. 139).

[60]) Min.-Erl. vom 4. Dez. 1906 betr. die Versendung von infektiösem Material (Min.-Bl., S. 509).

[61]) Min.-Erl. vom 21. Dez. 1906 betr. Begleitscheine bei Versendung infektiösem Material (Min.-Bl., 1907, S. 52).

[62]) Min.-Erl. vom 21. Juli 1908 betr. Verpackung bei Versendung von Blutproben (Min.-Bl., S. 311).

[63]) Min.-Erl. vom 9. Nov. 1908 betr. Aufgabe von infektiösem Material am Postschalter.

[64]) Min.-Erl. vom 19. April 1910 betr. Innehaltung der Gewichtsgrenze bei Versendung von Untersuchungsmaterial.

[65]) Min.-Erl. vom 1. Okt. 1909: Gefäße von Typhus und Ruhr dürfen nicht für Choleraunteruchungen verwandt werden (Min.-Bl., S. 503).

[66]) Bekanntm. d. Reichskanzlers vom 3. Febr. 1904 betr. Aenderung der Eisenbahn-Verkehrsordnung in bezug auf Personen mit ansteckenden Krankheiten (Min.-Bl., S. 81).

[67]) Bekanntm. d. Reichskanzlers vom 23. Dez. 1908 betr. §§ 11 und 44—47 der Eisenbahn-Verkehrsordnung (Min.-Bl., 1909, S. 94).

[68]) Min.-Erl. vom 4. Mai 1908 betr. Vernichtung der Abfälle von Verbandstoffen aus Krankenanstalten (Min.-Bl., S. 230).

[69]) Min.-Erl. vom 12. Sept. 1908 betr. Desinfektion ausrangierter Wäsche aus Krankenhäusern (Min.-Bl., S. 363).

[70]) Min.-Erl. vom 23. Febr. 1909 betr. Desinfektion gebrauchter Arzneigefäße bei übertragbaren Krankheiten (Min.-Bl., S. 500).

[71]) Min.-Erl. vom 4. Sept. 1903 betr. Besichtigungen des Manövergeländes (Min.-Bl., S. 334).

[72]) Min.-Erl. vom 19. Juli 1906 betr. Ermittelungen durch den Kreisarzt bei übertragbaren Krankheiten in Provinzialanstalten (Min.-Bl., S. 313).

[73]) Min.-Erl. vom 31. Dez. 1902 betr. Bestimmungen über Mitteilungen der Zivil- u. Militärbehörden über übertragbare Krankheiten (Min.-Bl., 1903, S. 75).

Krankheiten zwischen Deutschland und anderen Ländern (74) sowie die Bereitstellung von Baracken durch das Rote Kreuz für Epidemien (75) und Ausdehnung der Anzeigepflicht auf Erkrankungen und Todesfälle an Milzbrand, sowie auf solche Verdachtsfälle (76).

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Schmidt dankt für die Ausführungen. Eine derartige Uebersicht war einmal sehr erwünscht.

Der Herr Ministerial-Kommissar hebt hervor, daß die einzelnen Bestimmungen für jede Infektionskrankheit in einem besonderen Heftchen zusammengestellt sind. Leider werden sie nicht immer in der richtigen Weise beachtet. Die Bestimmungen haben vor allem auch den Zweck, einen zu großen Eingriff der Polizeibehörden in die persönlichen Verhältnisse abzuwehren. Man solle nicht über das hinausgehen, was das Gesetz zur Bekämpfung der Krankheit für zulässig erklärt, andernfalls könnten schlimme finanzielle Schädigungen der betreffenden Beamten entstehen. Ein Beispiel: Auf einem Gehöft ist unter dem Rindviehbestand Milzbrand ausgebrochen. Der Kuhfütterer stirbt an Milzbrand. Der zuständige Kreisarzt verbietet unter mißverständlicher Auffassung der in den Ratschlägen an Aerzte enthaltenen Warnung[1]) der Bevölkerung den Genuß der Milch an Milzbrand erkrankter Tiere und daß Milch von dem Gehöft geliefert wird. Er war hierzu nicht berechtigt, da höchstens ein vorheriges Abkochen der Milch in Frage kommen konnte. Der Kreisarzt hätte daher von dem geschädigten Besitzer haftbar gemacht werden können.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Schmidt spricht sich in demselben Sinne aus und betont, daß wiederholt besonders auf die Bestimmungen[2]) aufmerksam gemacht worden sei, wonach nicht alle gesetzlich zulässigen Maßnahmen jedesmal zu treffen sind, sondern nur die wirklich notwendigen.

IV. Die Polizeiverordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken vom 3. März 1910 und die abgeänderte „Anweisung“ für die Beaufsichtigung der Drogenhandlungen.

a. Dr. Leske, Kreisarzt in Liegnitz, erster Berichterstatter: Durch die Polizeiverordnung betr. die Regelung des Verkehrs mit Arzneimittel außerhalb der Apotheken vom 22. Februar 1910 sind gegenüber der Polizeiverordnung vom 14. April 1903 eine Reihe von Unklarheiten beseitigt worden. Trotzdem wird auch die neue Fassung noch genügend Anlaß zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Revisoren und Drogisten geben.

§ 1 hat den gleichen Wortlaut, wie früher. Neu ist der Zusatz: „In den Räumen dürfen, abgesehen von Warenproben, nur Waren vorhanden sein, die feilgehalten werden.“ Dieser Zusatz ist den Bedürfnissen der Praxis entsprungen, da die Gerichte mehrfach, zuletzt das Kammergericht am 22. Oktober 1909, entschieden hat, daß das bloße Vorrätighalten eines Heilmittels in einem Drogengeschäft noch kein Feilhalten ist. Nachdem aber das Amtsgericht Görlitz sich neuerdings auf den Standpunkt gestellt hat, daß die Entscheidung, ob ein Feilhalten vorliegt, dem Gericht zukommt und daß der Wortlaut der Polizeiverordnung in dieser Richtung für das Gericht nicht bindend sei, wird es notwendig sein, eine erneute Entscheidung des Obergerichtes über diesen Punkt herbeizuführen.

---

[74]) Bekanntm. d. Reichskanzlers vom 7. August 1907 betr. Nachrichten-Austausch über ansteckende Krankheiten zwischen Deutschland und Belgien (Min.-Bl., S. 444).

[75]) Min.-Erl. vom 25. März 1905 betr. Bereitstellung von Baracken durch das Rote Kreuz bei Epidemien (Min.-Bl., S. 175).

[76]) Min.-Erl. vom 28. Sept. 1909 betr. Ausdehnung der Anzeigepflicht auf Erkrankungen und Todesfälle an Milzbrand sowie den Verdacht (Min.-Bl. 1910, S. 142).

[1]) Vergl. Anweisung, Heft 8, Milzbrand, S. 43.

[2]) Vergleiche § 84, letzter Satz der alten Dienstanweisung und § 8 der Ausführungsbestimmungen zum Landesseuchengesetz vom 15. September 1906, wonach nicht zu weitgehende Maßregeln angewendet werden sollen (Ref.).

Im § 2 ist neu, daß sämtliche Betriebsräume geräumig und während der Benutzung genügend erhellt sein sollen.

Während im § 3 früher nur „für die nicht zu den Giften zählenden Arzneimittel“ die Doppelbezeichnung vorgeschrieben war, ist diese Einschränkung fortgefallen, sodaß die Doppelbezeichnung überall vorhanden sein muß, soweit nicht die Ausnahme des § 5 zutrifft.

Auch über die Behälter, in denen die Vorräte von Arzneimitteln sich befinden, sind Bestimmungen getroffen. Sie sollen dicht und fest und mit festen gut schließenden Deckeln oder Stöpseln versehen sein. Für Schiebladen ist die weitere Bestimmung getroffen, daß sie von festen Füllungen umgeben sind oder einen schließenden Deckel haben.

Es ist klar, daß man zur Ausführung dieser Bestimmung den Geschäftsinhabern wird Zeit lassen müssen. Daß die Bezeichnungen den Behältern fest anhaften sollen, ist ebenfalls eine nähere Ausführung, die im Interesse der Verhütung einer Verwechselung notwendig war.

Während ferner früher nur die Behältnisse der für den Gebrauch in der Tierheilkunde dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel die Bezeichnung „Tierarzneimittel“ tragen mußten, müssen jetzt außer den Vorratsbehältern auch die Abgabegefäße oder Umhüllungen über oder unter der sonstigen Aufschrift mit dem deutlich lesbaren Vermerk „Tierheilmittel“ versehen sein.

Aus der weiteren Fassung des § 1 ergibt sich zu § 4, daß jetzt in sämtlichen Betriebsräumen und Vorratsräumen die übersichtliche einreihige Aufstellung und die Ordnung nach dem lateinischen Alphabet zu fordern ist.

Keine wesentliche Aenderung oder Verbesserung hat der § 5 gebracht; er wird die Auslegung des Begriffes Genußmittel, wie bisher, zu strittigen Ansichten führen.

Im § 6 ist neu der Eingang: „Verschiedene Arzneimittel in einem Behälter aufzubewahren, ist verboten.“ Die weitere Fassung entspricht den §§ 6 und 7 der alten Verordnung.

Ganz neu ist der jetzige § 7: „Auf den Umhüllungen oder Gefäßen, in denen die Abgabe von Arzneimitteln erfolgt, ist spätestens bei der Abgabe der deutsche Name des darin abgegebenen Arzneimittels deutlich zu verzeichnen. Werden Arzneimittel in abgefaßter Form vorrätig gehalten, so müssen sie übersichtlich geordnet, ohne daß jedoch einreihige Aufstellung erforderlich ist, vor Staub geschützt aufbewahrt werden und auf jedem einzelnen Gefäß oder jeder sonstigen Packung die deutliche deutsche Aufschrift des Inhaltes tragen.“

Dieser § 7 stellt die einschneidenste Verordnung gegenüber der früheren Polizeiverordnung dar und ist in seinem Wortlaut gewiß geeignet, vielen Mißständen entgegen zu treten. In der Praxis wird dies freilich nicht in dem gewollten Maße der Fall sein. Da der deutsche Name des abgegebenen Arzneimittels erst spätestens bei der Abgabe zu verzeichnen ist, bleibt es immer vom guten Willen des Abgebenden abhängig, ob er dieser Bestimmung nachkommt; denn fehlende Bezeichnungen können bei der Revision nicht beanstandet werden. Es ist sehr die Frage, ob die Geschäftsinhaber dies tun werden. Wenn z. B. — wie es bei einer Revision hier der Fall war — bei einem Drogisten, der nicht im Besitz der Giftkonzession ist, Kleesalz gefordert und statt dessen (wie festgestellt wurde) Kleesalzersatz, d. h. Acid. tartaricum verabfolgt wurde, so ist kaum anzunehmen, daß er auf die Umhüllung „Weinsteinsäure“ schreiben wird. Er wird es vorziehen, die Bezeichnung zu vergessen.

Auf der anderen Seite gibt aber dieser Paragraph im Absatz 2 eine Handhabe, um den teilweise hochtönenden Bezeichnungen abgefasster Arzneimittel in Drogenschränken ein Ende zu machen, unter denen besonders das Omegaversandhaus sich auszeichnet. Bezeichnungen, wie Embrocation (die Einreibung), Alacet (essigsaure Tonerde), Burgunder Tropfen (statt Franzbranntwein), Beruhigungstropfen (Baldriantropfen), Omega Babysaft (Feigensaft), die also den Inhalt (§ 7,2) nicht deutlich kennzeichnen, werden in Zukunft nicht mehr zulässig sein.

Der § 8 hat ebenfalls einen wichtigen Zusatz erhalten. „Unter Bezeichnungen, die im Deutschen Arzneibuch für Waren bestimmter Art angeführt sind, dürfen Waren anderer Art nicht feilgehalten, verkauft oder sonst an Andere überlassen werden," d. h. es darf z. B. Knöterichtee nicht mehr, wie es bisher vielfach geschah, als Knöterichbrustee bezeichnet werden, weil „Brusttee" nach dem Deutschen Arzneibuch ein bestimmtes Gemisch darstellt, das auch nur in Apotheken abgegeben werden darf. Ferner darf unter dem Namen „Brustpulver" nicht mehr, wie jetzt fast allgemein, „Pulv. Fol. Sennae", oder für „St. Germaintee" Fol. Sennae concisa, oder für „Kinderpulver" Magnesia carbonica oder usta abgegeben werden.

Im § 9 ist auffälligerweise fortgelassen, daß das Recht der Probeentnahme, wie in der alten Verordnung „ohne Entschädigung" zusteht. Es ist daher nicht ausgeschlossen, daß die Drogisten in Zukunft die Bezahlung der Proben verlangen werden. Sollte ihnen hierin Recht gegeben werden, so werden die Polizeiverwaltungen der Kosten wegen zur Entnahme von Proben zwecks Untersuchung nur noch ungern zu haben sein.

§§ 10, 12 und 13 sind für die Revision ohne Bedeutung.

Der § 11 entspricht dem früheren § 10, wonach auf Geschäfte, die ausschließlich Großhandel treiben, die Vorschriften keine Anwendung finden. Die Beibehaltung dieser Bestimmung war notwendig, da sonst seitens der Drogisten größere Vorratsräume einfach für Räume für den Großhandel erklärt werden würden, wie dies ja bisher schon immer versucht worden ist. Wenn der Drogistenverband gegen den Wortlaut dieser Bestimmung bei dem Herrn Minister vorstellig geworden ist, so ist dringend zu hoffen, daß dem Gesuche keine Folge gegeben wird, da sonst — wie auch der Ausschuß der Handelskammer in Liegnitz zugibt — eine ersichtliche Trennung zwischen Groß- und Kleinhandel unmöglich ist. Die Beibehaltung des Wortes „ausschließlich" ist daher notwendig.

Ueber den Begriff „Großhandel" ist von Interesse eine Entscheidung des Obersten Landesgerichts München vom 19. Juni 1908 (Str.-G.): „Ein wesentliches Merkmal des Großhandels und zwar auch des Großhandels mit Arzneien, ist darin zu erblicken, daß im Zwischenhandel und nicht unmittelbar an Konsumenten zur Befriedigung ihres Gebrauchsbedürfnisses verkauft wird. Verkauft ein Großhändler seine Waren in kleinen, dem Bedürfnisse des Käufers angepaßten Mengen unmittelbar zur Gebrauchsanwendung, so betreibt er neben seinem Großhandelgeschäfte den Kleinhandel und unterliegt den für den Kleinhandel maßgebenden Vorschriften." So sehr man dieser Auslegung wird beistimmen können, ist sie doch nicht geeignet, jeden Zweifel zu beheben. Eine eindeutige Auslegung ist nur dann möglich, wenn unter Großhandel der Verkauf an andere berechtigte Wiederverkäufer zu verstehen ist und diese Begriffsbestimmung in die Pol.-Verordnung aufgenommen würde.

Die zu der Polizeiverordnung ergangene „Anweisung" für die Ausführung der Besichtigungen hat ebenfalls verschiedene Abänderungen erfahren: In Ziffer 1 ist das Wort „Drogen" hinzugefügt, während es früher nur hieß „Arzneimittel, Gifte oder giftige Farben." Ferner heißt es nicht mehr: „die Verkaufsstellen sind in der Regel alljährlich einmal unvermutet zu besichtigen", sondern sie sind „unvermuteten Besichtigungen zu unterziehen." Der folgende Absatz führt aus, daß alle die genannten Handlungen wenigstens einmal jährlich, nach Bedarf aber auch häufiger zu besichtigen sind, besonders solche, wo die gen. Waren allein oder vorzugsweise feilgehalten werden und solche, deren letzte Besichtigung gröbere Mängel ergeben haben oder deren Geschäftsbetrieb das Vorhandensein von Vorschriftswidrigkeiten vermuten läßt. Jährlich mindestens einmal sind auch die Drogenschränke zu besichtigen. Dagegen — und dies stellt eine Abänderung dar — können kleine Handlungen ohne Drogenschränke innerhalb eines Zeitraumes von 2, ausnahmsweise auch von 3 Jahren besichtigt werden. Ueber den Besichtigungsplan, in dem bestimmte Termine nicht festgesetzt werden dürfen, hat sich die Ortspolizeibehörde zu Beginn jeden Jahres mit dem Kreisarzt ins Einvernehmen zu setzen. Es dürfte sich mehr empfehlen, für den ganzen Kreis sich mit dem Landrat ins Einvernehmen zu setzen, als mit den einzelnen Amtsvorstehern.

Abgeändert ist weiter die Bestimmung in Ziffer 2: Während früher die Besichtigung durch die Ortspolizeibehörde unter Mitwirkung eines approbierten Apothekers und „soweit tunlich" unter Zuziehung des zuständigen Kreisarztes zu erfolgen hatte (an seinem Wohnort war der Kreisarzt schon immer zuzuziehen), erfolgen jetzt alle Besichtigungen unter Mitwirkung des Kreisarztes und ist auf dessen Erfordern zu der Besichtigung größerer Handlungen ein approbierter Apotheker zuzuziehen. Bei der Besichtigung größerer Handlungen ist auch der Apotheker unentbehrlich. Entgegen dem Wunsche der Drogisten, den Apotheker bei den Besichtigungen auszuschalten und dafür einen Drogisten zuzuziehen, hat sich auch der hiesige Handelskammerausschuß auf den Standpunkt gestellt, daß der Apotheker keineswegs auszuschalten, aber ihm die Revision nicht allein zu übertragen sei. Von letzterem ist nach der jetzigen Verfügung nur beschränkt die Rede. Wenn aber der Handelskammerausschuß sich auf den Standpunkt stellt, es sei am zweckmäßigsten, wenn jedesmal auch noch ein Nahrungsmittelchemiker hinzugezogen würde, so ist wirklich nicht einzusehen, zu welchem Zwecke, ganz abgesehen davon, daß die Kosten dadurch wieder erhöht würden, während die jetzigen Ausführungsbestimmungen den Zweck der Herabsetzung der Kosten deutlich erkennen lassen; es werden auch soviel staatlich geprüfte Nahrungsmittelchemiker (und nur solche könnten in Frage kommen) garnicht zu haben sein. Schließlich würde den Nahrungsmittelchemikern, da ihre sonstige Tätigkeit auf einem ganz anderen Gebiet liegt, auch die Kenntnis der geltenden Bestimmungen fehlen; es würde ihnen auch die Zeit mangeln, sich mit den fortwährenden neuen Versuchen der Drogisten, die Bestimmungen durch geniale Erfindung neuer Zubereitungsformen zu umgehen, zu beschäftigen. Gerade in dieser Hinsicht muß an der Zuziehung des Apothekers festgehalten werden. Dagegen kann in geeigneten Fällen seitens der Ortspolizeibehörde von der Beteiligung des Kreisarztes „mit dessen Einverständnis" abgesehen werden und statt seiner ein approbierter Apotheker beteiligt werden. Von dieser Bestimmung Gebrauch zu machen, wird sich nicht empfehlen, weil der Kreisarzt über die Arzneimittelhandlungen seines Kreises informiert sein muß. Es empfiehlt sich auch nicht im Interesse der Ortspolizeibehörde wegen der Kosten, die bei Zuziehung eines Apothekers sich höher stellen werden; denn die Besichtigungen an Orten außerhalb seines Wohnortes soll der Kreisarzt „tunlichst" gelegentlich der Anwesenheit aus anderer Veranlassung vornehmen. Bei Gelegenheit der Orts- und Schulbesichtigungen erscheint dies allerdings ausgeschlossen, da dann, abgesehen von der Zeit, von einer unvermuteten Besichtigung keine Rede sein kann. Es werden sich aber andere Gelegenheiten finden (Feststellung übertragbarer Krankheiten, Apothekenmusterungen, Revisionen von Krankenhäusern u. a.), wo dies möglich ist. Da der Kreisarzt sich außerdem vorher mit mehreren Ortspolizeibehörden in Verbindung setzen kann, so werden sich für ihn Rundreisen ermöglichen lassen, zu denen der Apotheker nicht gezwungen werden kann.

Im übrigen sind in der Anweisung zur Besichtigung gegen früher keine Aenderungen eingetreten, besonders ist der Min.-Erlaß vom 5. Juli 1898 über die Beaufsichtigung der Drogenschränke (Reg.-Verf. vom 13 August 1898 P. 12260), sowie die Reg.-Verf. vom 24. Februar 1904 Pa. 966 über die Besichtigung von Drogenschränken nach wie vor giltig.

Mit Rücksicht auf die Abänderungen in der jetzigen Polizeiverordnung ist aber auch eine Abänderung der bisherigen Niederschrift über die Besichtigungen notwendig, wozu ich einen Entwurf aufgesetzt habe.

2. Apothekenbesitzer Dr. Jedamski-Liegnitz, pharmazeutischer Kommissar, Mitberichterstatter: Unter Kosmetik versteht man allgemein die Schönheitspflege am gesunden Körper, unter kosmetischen Mittel also Mittel die zur Reinigung, Pflege oder Färbung der Haut, des Haares und der Mundhöhle am gesunden Körper bestimmt sind. Derartige Zubereitungen dürfen nach der Kaiserlichen Verordnung auch zu Heilzwecken außerhalb der Apotheken verkauft werden, doch muß das Mittel seinem Wesen nach auch ein echtes, wirkliches Kosmetikum sein.

Das Deutsche Arzneibuch weist nun unter der Zahl seiner Arzneimittel eine 10%tige Borsalbe und 10%tige Zinksalbe auf. Obwohl dies ausgesprochene Arznei- und Heilmittel sind — denn Vorschriften für kosmetische Präparate findet man außer Goldcream, dessen Verwendungsweise jedoch beiden Zwecken

dienen kann, im Deutschen Arzneibuch nicht vor — werden doch die beiden Salben seitens vieler Drogenhandlungen unter der Bezeichnung des Kosmeticums feilgehalten und ihre Freiverkäuflichkeit auch von vielen Gerichten anerkannt.

Wenn diesen Entscheidungen auch Urteile, z. B. Breslau und Köln gegenüberstehen, welche die genannten Salben als nicht freigegebene Heilmittel bezeichnen, so muß man sich doch über die freisprechenden Urteile wundern, weil sie mit den Absichten des Gesetzgebers in offenbarem Widerspruche stehen. Denn wenn die Kaiserliche Verordnung beide Mittel als freigegeben betrachtet wissen wollte, so hätte sie in Ziffer 10 des Verzeichnisses A Bor- und Zinksalbe als Ausnahmen aufgeführt, ebenso wie Goldcream und Pappelsalbe. Weil sie aber die Mittel ausdrücklich nur zum Gebrauch für Tiere freigegeben hat, beweist dies doch, daß sie zum Gebrauch für Menschen nicht freigegeben sind.

Es sind bei Drogenrevisionen im hiesigen Bezirk auch häufig Blechschachteln mit dem Aufdruck Zink- oder Bortoillecream gefunden worden, weshalb es im Interesse der Revisoren liegen mußte, den Inhalt näher kennen zu lernen. Die von Herrn Apotheker Dr. Hoffmann-Görlitz ausgeführten Untersuchungen haben einwandfrei festgestellt, daß diese Creams in ihrer Zusammensetzung den Salben des Deutschen Arzneibuchs entsprechen; man muß sich deshalb fragen, ob der Verkäufer berechtigt ist, ein ausgesprochenes seine Arznei- und Heilmittel zu einem Cream zu stempeln, um dadurch womöglich Freiverkäuflichkeit als Kosmeticum herbeizuführen. Meines Erachtens nach nicht. Das Mittel muß, wie bereits erwähnt, auch seinem Wesen nach ein Kosmeticum bleiben. Es ist in der Zusammensetzung des Deutschen Arzneibuchs aber ohne Zweifel dem freien Verkehr entzogen, wie es auch das Oberlandesgericht Köln in seinem Urteil vom 8. Oktober 1909 bestätigt hat, und als Kosmeticum höchstens dann zu betrachten, wenn es nur einen 1—2% Zusatz des Arzneistoffs aufzuweisen hat.

Keine Bestimmung des Textes der Kaiserlichen Verordnung hat zu solchen Erörterungen, Gutachten und gerichtlichen Entscheidungen geführt, wie die Frage der Destillate. Während zuerst viele Gerichte diese Zubereitungsform für zulässig erachteten, haben neuerdings viele Ober-Landes- und Landesgerichte, z. B. Celle, Posen, Breslau, Kiel, Göttingen, Liegnitz u. a. mit dem Grundsatz der unbedingten Freiverkäuflichkeit gebrochen. Es sei mir gestattet aus diesem Großen „Für und Wider" nur zwei der neuesten Urteile, die von Kiel und Liegnitz, herauszunehmen und an der Hand derselben den Hergang einer Destillation vor Augen zu führen. Physikalisch ist eine Destillation ein Vorgang, bei dem Flüssigkeit in Dampfform und diese durch Abkühlung in Flüssigkeit wiederum überführt wird. Praktisch ist der Vorgang bei einer Destillation folgender: Kräuter, Blüten, Blätter, Wurzeln und dergl. mehr, werden in einem Destillierkolben oder einer Destillierblase mit Wasser und Weingeist übergossen und mehrere Stunden unter wiederholtem Umrühren stehen gelassen. Hierdurch werden die in den Pflanzen befindlichen ätherischen Oele, wie auch Farb- und Extraktivstoffe in der weingeistigen Flüssigkeit gelöst. Bei der folgenden Destillation findet nun eine Trennung der gelösten Stoffe statt, indem die wirksamen flüchtigen mit dem Spiritus über destillieren, und die nicht flüchtigen unwirksamen, nämlich Farb- und Extraktivstoffe zurückbleiben. Wesentlich bleibt das Produkt vor wie nach der Destillation dasselbe. Das Oberlandesgericht Kiel sagt daher in seiner Entscheidung vom 5. Februar 1910, daß, wenn durch die Destillation eine wesentliche Veränderung der früheren Zusammensetzung der Flüssigkeit nicht herbeigeführt wird, das Gemisch troz der Destillation nicht anders zu behandeln ist, wie das vor der Destillation; es unterliegt daher dem Apothekenzwang nach Nr. 5 des Verzeichnisses A der Kaiserlichen Verordnung. Würde dagegen das unterworfene Material durch den Vorgang der Destillation eine chemische Veränderung erfahren, wie z. B. im Spir. aether. nitros., so liegt ein neuer, einheitlicher Stoff vor, gegen dessen freie Abgabe keine Bedenken zu erheben sind.

Das oben erwähnte Landgerichts-Urteil in Liegnitz vom 30. April 1910 nimmt dagegen in dieser Frage einen ganz neuen Standpunktein. Es sagt, die Destillation führt nicht sofort zu einem verkaufsfertigen Destillat. Es fließen

zunächst die leichter flüssigen, also der Weingeist und die ätherischen Oele, später die schwereren flüchtigen Substanzen — das Wasser — in der Vorlage, wobei man beobachten kann, wie das Wasser in Streifen oder Schliefen den Weingeist durchzieht und untersinkt. Es bedarf, bevor es gleichartig ist, einer sorgfältigen, nachträglichen Durchmischung, die durch Schütteln, Rühren usw. erfolgen kann. Die Durchmischung erst führt zum „flüssigen Gemisch" und wäre dann dieses nach Absatz 5 des Verzeichnisses A der Kaiserlichen Verordnung vom freien Verkehr ausgeschlossen.

Zum Schluß möchte ich bei dem Thema der Destillate noch auf einen Uebelstand hinweisen, der bei Besichtigungen öfters Anlaß zu Beanstandungen gibt, nämlich die Bezeichnung einiger gangbaren, dem freien Verkehr entzogenen Tinkturen wie Essenzen, z. B. Essent. amar., Ess. Cinnam. In Wirklichkeit sind dies Auszüge und Mittel zur Heilung und Linderung von Magenkrankheiten, Blutungen usw. Das Medizinalkollegium der Provinz Schlesien hat sich darüber in seinem Gutachten vom 18. Februar 1904 eingehend geäußert und solche Essenzen übereinstimmend mit dem Landgericht Kattowitz (Urteil vom 7. März 1904) vom freien Verkehr ausgeschlossen.

Eine neue Kaiserliche Verordnung ist in Vorbereitung; hoffen wir, daß sie uns durch ein positives Verzeichnis, oder was vielleicht noch besser wäre, durch eine präzisere Fassung der jetzigen Verordnung Klarheit bringt und alle jetzt herrschende Zweifel behebt.

Demonstration: Zur praktischen Vorführung an aufgestellten Apparaten gelangten die Destillate von Senfspiritus und die Gegenüberstellung eines Spir. Meliss. comp. oder Karmelitergeistes, sowie der Rexschen Hustentropfen vor wie nach der Destillation.

Diskussion: Auf den Wunsch des Vortragenden nach dem Erlaß eines positiven Verzeichnisses „der dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel in der Kaiserl Verordnung erwidert der Herr Ministerialkommissar daß der Zentralleitung die Gründe, die für ein positives Verzeichnis sprechen, sehr wohl bekannt sind. Vielleicht sei eine Entscheidung des Kammergerichts, die die in § 4 der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 vorgesehene Ermächtigung des Reichskanzlers, „weitere, im einzelnen bestimmt zu bezeichnende Zubereitungen, Stoffe und Gegenstände von dem Feilhalten und Verkaufen außerhalb der Apotheken auszuschließen", für ungültig erklärt, geeignet, den Erlaß eines positiven Verzeichnisses zu beschleunigen.

Uebrigens sei der Sitz der Bearbeitung dieses Verzeichnisses nicht das Medizinalministerium allein, sondern es kommen noch das Ministerium des Innern und das Handelsministerium mit in Frage. Auch die anderen Bundesregierungen müßten gehört werden.

Bei der Besprechung einer Entscheidung des Amtsgerichts Görlitz,[1]) das in dem Vorrätighalten von Webers Alpenkräutertee in einem Vorratsraum kein Feilhalten, d. h. keine Uebertretung der Kaiserlichen Verordnung erblickt hat, entspinnt sich eine sehr lebhafte Debatte, an der sich die Herren Erdner, Th. Meyer, Schreber, Erbkam u. a. beteiligen, über die Begriffe „Vorrätighalten und Feilhalten". Hierbei wird von dem Herrn Ministerialkommissar zur Sprache gebracht, daß das Gericht allerdings die Aufgabe hat, nachzuprüfen, ob eine Polizeiverordnung gültig ist oder nicht.

Eine Anfrage aus der Versammlung, ob mit der Bezeichnung „Tierheilmittel" versehene Abgabegefäße in den Drogenhandlungen vorrätig sein müssen, beantwortet der Vorsitzende Geh. Dr. Schmidt, dahin, daß hierfür der § 7 der Polizeiverordnung maßgebend sei, d. h. es stehe dem Geschäftsinhaber frei, diese Bezeichnung auf einem dem Käufer mit dem Tierheilmittel auszuhändigenden Abgabegefäße erst bei der Abgabe zu befestigen.

Im übrigen hob er anerkennend hervor, daß die Kreisärzte die in früheren Versammlungen und gelegentlich der Apothekenbesichtigungen von ihm

[1]) In dem betreffenden Erkenntnis aus dem Jahre 1910 heißt es: „Ein Vorrätighalten von Alpenkräutertee in den Lagerräumen, welche dem Publikum nicht zugängig sind, kann als „Feilhalten" im Sinne des Gesetzes nicht angesehen werden". Damit wird der wichtige Absatz 3 des § 1 der in Rede stehenden Polizeiverordnung vom 3. März 1910 hinfällig.

erteilten Anweisungen über die zweckmäßigste Art des Verfahrens bei der Besichtigung von Drogenhandlungen fleißig und wirksam ausgeführt haben. Wegen dieser Art des Vorgehens gegen die Drogisten sei er selbst in der Zeitschrift „Der Drogenhändler" wiederholt persönlich angegriffen worden, dabei sei der Ausdruck „Kesseltreiben" gefallen; die Herren Kreisärzte möchten sich aber nicht abhalten lassen, an der Hand der neuen Polizeiverordnung und der abgeänderten Anweisung auch fernerhin mit Nachdruck dem vielfach aufgedeckten gemeingefährlichen Geschäftsbetriebe zahlreicher Drogisten bei ihren Revisionen entgegenzutreten. Natürlich könne erst die Erfahrung lehren, wie sich die neuen Bestimmungen bewähren würden; dazu gehöre eine gewisse Zeit. Das sei auch einer der Gründe, weshalb die Apothekenrevisionen im abgelaufenen Jahre sich in der Besichtigung von Drogenhandlungen eine große Beschränkung auferlegt hätten.

Eine weitere Anfrage, wie bei Geschäften zu verfahren sei, die angeblich ausschließlich Großhandel, daneben aber noch tatsächlich Kleinhandel betreiben, bemerkte der Vorsitzende: es sei Sache des Kreisarztes, der Polizeibehörde hierfür die Beweise irgendwie zu erbringen und auf Grund deren die Vornahme der Revision auch solcher Drogengeschäfte zu fordern, im Ablehnungsfalle aber sich beschwerdeführend an den Herrn Regierungspräsidenten zu wenden.

V. Sonstiges. Mit Rücksicht auf die nur noch kurz bemessene Zeit — es war inzwischen 4 Uhr geworden — wurden weitere Fragen nicht aufgeworfen.

Der Vorsitzende dankte dem Herrn Ministerialkommissar für seine wirksame Beteiligung an den Diskussionen und für die vielfach gegebenen Erläuterungen und Belehrungen, während der Herr Kommissar hervorhob, daß er im Sinne seines Auftraggebers handle, wenn er bemüht gewesen sei, die Beziehungen zwischen der Zentralinstanz und den Herren Medizinalbeamten des Bezirks zu beleben und durch gegenseitige Aussprache zu fördern.

Hierauf erklärte der Vorsitzende die Verhandlung für geschlossen.

Der Herr Ministerialkommissar besichtigte danach das vom Vaterländischen Frauenverein begründete und unterhaltene Augusta-Viktoriaheim in der Feldstraße (Karthausvorstadt, rechtes Katzbachufer) in Begleitung des Reg.- u. Medizinalrats und des gegenwärtigen Arztes der Säuglingsfürsorgestelle Dr. Sueßmann.

Hieran schloß sich ein gemeinsames Mahl in den Räumen der Ressource zu dem sich der Herr Medizinalkommissar und fast sämtliche Teilnehmer an der Medizinalbeamtenversammlung eingefunden hatten.

Dr. Schmidt-Liegnitz.

Bericht über die Oberfränkische Kreisversammlung des Bayer. Medizinalbeamten-Vereins am 30. April 1911 in Kulmbach.

Besucht von 21 Mitgliedern.

Der Vorsitzende, Bezirks-Arzt Dr. Dietsch-Hof, begrüßt die Anwesenden, speziell Herrn Regierungs- und Medizinalrat Dr. Obermayr-Bayreuth.

I. Schularztfrage. Bez.-Arzt Dr. Sölch erstattet hierüber ein eingehendes Referat und stellt den Antrag, an die Königl. Regierung von Oberfranken die Bitte zu richten, daß in tunlichster Bälde bei den Bezirksämtern und unmittelbaren Städten die Aufstellung von Schulärzten angeregt wird und zugleich gewisse Leitsätze aufgestellt werden. — Herr Reg.- u. Med.-Rat Dr. Obermayr ist der Ansicht, es sei die Hauptsache, daß überhaupt Schulärzte vorhanden sind; in erster Linie sollen die Amtsärzte eintreten; als Entschädigung sei 50 Pfennig pro Kind anzunehmen. Für den Distrikt Bayreuth kann derselbe ganz bestimmte finanzielle Daten angeben. Die Organisation soll zunächst möglichst einfach sein: jährlich einmalige Untersuchung der neueintretenden Schüler, eventuell auch noch der austretenden und derjenigen, bei welchen sich nach Beobachtung und Bericht des Lehrers die Notwendigkeit dazu ergibt. Die weitere Ausgestaltung würde sich von selbst ergeben. —

Der Distrikt Bayreuth hat 1910 82 Schulen mit 521 neueintretenden Schülern, sodaß auf jede Schule rund 16 neu eintretende kommen (Höchstzahl 28); demnach würden die Kosten 260 M. betragen, oder verteilt auf Gemeinden und Distrikt je 130 M., und durchschnittlich 4½ M. pro Gemeinde, für die größte Schule mit 28 Neueintretenden nur 14 M. — Der Anregung des Referenten entsprechend soll an die Bezirksämter eine Regierungs-Entschließung hinausgegeben werden. — Er hält es für wünschenswert, daß die Organisation und Durchführung im Kreise Oberfranken jetzt schon beginnt, und dankt den Amtsärzten für ihre Opferwilligkeit in dieser Sache. Ueber die Form der Fragebogen für die Schüleruntersuchungen soll nach den Wünschen der Mehrheit der Amtsärzte noch entschieden werden. — Dadurch, daß auf dem Lande Schulärzte eingeführt werden, würde indirekt auch auf die Städte ein Druck ausgeübt.

Der Vorsitzende sowie Landgerichtsarzt Dr. Miller weisen nochmals darauf hin, daß zunächst die Organisation möglichst einfach und billig sein müsse, und daß sich ein Zusammengehen mit den Lehrern empfehle. Dr. Miller verbreitet sich über die Erfahrungen, die er bisher machte mit der Untersuchung der Kinder der Hilfsschule in Hof.

Angenommen wird Antrag Dr. Obermayr:

„Die in Kulmbach versammelten Amtsärzte des Kreises Oberfranken wollen der Einführung der Schulärzte sofort näher treten und die Sache bereits bei den nächsten Distriktsversammlungen zur Beratung zu bringen suchen.“

II. Antrag Schütz-Vilsbiburg **betr. die geplante Unterstellung der Amtsärzte unter die ärztl. Ehrengerichtsordnung** (s. Aerztekammerverhandlungen).

Nach einer Diskussion über diesen Gegenstand, an der sich die Bezirksärzte Dr. Sölch, Dr. Dietsch, Dr. Schneller und Reg.- u. Med.-Rat Dr. Obermayr beteiligen, wird Antrag Schütz abgelehnt, dagegen zugestimmt dem Antrag Obermayr und damit dem Beschluß der Oberfränkischen Aerztekammer:

„Die Medizinalbeamten des Kreises Oberfranken schließen sich dem Beschlusse der Aerztekammer von Oberfranken an, welcher lautet: Dem Schiedsgerichte unterstehen alle Mitglieder des Bezirksvereins; dem Ehrengerichte unterstehen auch die Amtsärzte und die Militärärzte, soweit es sich um die Ausübung der ärztlichen Praxis handelt.“

III. Erleichterung der Bedingungen der Gewähr der Reichsbeihilfe für Kriegsteilnehmer spez. von 1866 und 70/71.

Ein diesbezüglich geplanter Antrag des Vorsitzenden Dr. Dietsch ist indessen erledigt durch Entschl. des Staats-Min. d. Inn. vom 11. April 1911 (s. Amtsblatt 14 vom 20. April, Beihilfe für Kriegsteilnehmer betr.).

IV. Amtsärztliches Zeugnis für Kraftwagenlenker besonders bezüglich Sehvermögen.

Vorsitzender Dr. Dietsch demonstriert den Nachweis von Farbenblindheit und Astigmatismus mittels einfachster Hilfsmittel, d. h. farbiger Pappscheibchen rotierend an Nadel. Er hält es für wünschentwert, daß man bezüglich der Sehschärfe bei Berufsfahrern prüft mit binokularem Sehen; wenigstens ein Auge solle volle Sehschärfe ohne Korrektur haben, während der Nachweis von ²/₃ Sehschärfe dann für das andere Auge nicht verlangt wird (bisher macht z. B. Sehschärfe ³/₃ und ¹/₆ untauglich). Von anderer Seite, Landgerichtsarzt Dr. Miller, wird entgegengehalten, daß die Vorschriften entnommen sind den Vorschriften für Lokomotivführer und daß man nicht von dem Verlangen ²/₃ Sehschärfe für jedes Auge abgehen kann im Interesse der Betriebssicherheit für den Fall, daß dem einen Auge etwas passiere. Gerade bei dem Berufschauffeur seien die Anforderungen an die Augen sehr hoch zu stellen. Dagegen könne man von Astigmatismus ganz abgesehen, denn schon eine Spur desselben setze die Sehschärfe kolossal herab. — Demgemäß spricht sich die Versammlung dahin aus, daß man von den hohen Anforderungen, welche für Berufschauffeure an die Sehkraft beider Augen gestellt werden, nicht abgehen kann.

V. Massnahmen gegen die öffentliche Ankündigung und den Vertrieb von sogenannten Blutstockungsmitteln.

Vorsitzender Dr. Dietsch weist auf den Unfug in der Presse hin, der mit Ankündigung von Mitteln zur Regelung der Menstruation getrieben wird; in Wirklichkeit handele es sich um weiter nichts als um Anpreisung von Abtreibungsmitteln. Wenn es sich auch bei einer großen Zahl der angepriesenen Mittel (Femina-Tee, Menstrualtee usw.) um harmlose, schwindelhafte Mittel handle, so sei deren Anpreisung doch straffällig nach Verordnung vom 20. August 1909 mit Rücksicht auf den angebotenen Zweck. Mit den bisherigen Bestimmungen komme man gegen den Unfug nicht aus. Ernster zu nehmen sei die Abgabe von Intrauterinstiften, die ein gefährliches Instrument darstellen. Dr. Dietsch stellt den Antrag, daß alle derartigen Mittel, die auf Regelung der Menstruation oder Verhütung der Empfängnis abzielen, aufgenommen werden in die Liste derjenigen Mittel, deren Ankündigung verboten ist; ein diesbezüglicher Antrag möge von der Oberfränk. Kreisversammlung zur Landesversammlung eingebracht werden. — Dieser Antrag wird abgelehnt als zu weitgehend für den Kreisverband; man solle das dem Kurpfuschereigesetze überlassen.

VI. Krankenhausangelegenheiten.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Obermayr weist darauf hin, daß man in manchen Bezirken zwar schön eingerichtete Krankenhäuser finde, aber keine Patienten in denselben. Um diesen Krankenhäusern einigermaßen aufzuhelfen, solle jeder Arzt seine Patienten in dieselben legen und selbständig daselbst behandeln können. Es werde in dieser Beziehung eine Regierungsentschließung an die Bezirksämter hinausgehen, damit die Sache in den Distriktsratsversammlungen vorgebracht werden kann. Sicher sei es manchem Patienten erwünscht, wenn er im Krankenhause von dem Arzte seines Vertrauens behandelt wird. Wenn auch — worauf hingewiesen wird — durch derartige Maßnahmen da und dort schon Konflikte zwischen den Aerzten entstanden, so sei diese Maßnahme doch im Interesse der Krankenhäuser höcht wünschenswert, soweit eben durchführbar.

VII. Bekämpfung der Tuberkulose (s. Min.-Erlaß vom 29. März 1911 über die Bekämpfung der Tuberkulose).

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Obermayr empfiehlt, in allen denjenigen Bezirken, in welchen Fürsorgestellen noch nicht existieren, die Gründung von solchen vorzunehmen. In einem Abschnitt des obigen Min.-Erl. heißt es: „wo praktische Aerzte zur Uebernahme von Fürsorgestellen nicht zu gewinnen sind, können dieselben auch von Amtsärzten übernommen werden.“ Dabei müßte jedoch unbedingt für die Beihilfe gut ausgebildeter Landkrankenpflegerinnen gesorgt werden. Auch die Beihilfe der Lehrerschaft sei wünschenswert. Der springende Punkt sei immer wieder die Geldfrage. Die ärztl. Bezirksvereine sollten möglichst als Mitglied mit 5 Mark Beitrag dem Landesverbande beitreten, um vielleicht von diesen dann da oder dort eine Beihilfe zu erlangen. In Oberfranken habe der Landrat für dieses Jahr eine größere Summe zugesichert. Um möglichste Unterstützung der Fürsorgestellen durch unentgeltliche ärztliche Hilfe werde gebeten. Empfohlen wird auch die Hinausgabe des Jahresberichtes an die Bezirksämter zur Einsichtnahme, damit diese Kenntnis erlangen von irgendwelchen Vorschlägen des Bezirksarztes usw.

VIII. Wünsche und Anträge aus der Versammlung.

Es wird der Wunsch geäußert, die Landesversammlung möge möglichst an einem Sonntage stattfinden.

Bezirksarzt Dr. Schneller spricht dem Vorsitzenden Dr. Dietsch den Dank der Anwesenden aus für die Leitung der heutigen Versammlung, während Dr. Dietsch Herrn Reg.- und Med.-Rat Dr. Obermayr dankt für die rege Beteiligung an den Beratungen.

Dr. Ernst-Hof.

Frühjahrs-Versammlung des Bayerischen Medizinal-Vereins Kreis Schwaben und Neuburg, abgehalten am 30. April 1911 in Augsburg.

Vorsitzender: Bezirksarzt Dr. Grassl. Anwesend Ober-Med.-Rat Dr. Roger; Med.-Rat Dr. Henkel-München, Landesvorsitzender und außerdem 14 beamtete Aerzte.

Vor dem Eintritt in die Tagesordnung beglückwünscht der Vorsitzende im Namen und im Auftrage des Kreisverbandes den langjährigen und um das Medizinalwesen des Kreises hochverdienten Regierungsreferenten Dr. Roger zu seiner Ernennung zum Obermedizinalrat. Namentlich hebt der Vorsitzende hervor, daß Herr Obermedizinalrat stets jene Mitte in seinen Anordnungen eingehalten habe, die zum Gedeihen der Sache nötig ist. Ohne die Zügel der Regierung schlaff werden zu lassen, habe er doch die Individualität der beamteten Aerzte stets Rechnung getragen. Gerade dadurch sei bewirkt worden, daß Schwaben in mancher Angelegenheit, z. B. auf dem schulärztlichen Gebiete, namentlich auf dem Lande, am weitesten in ganz Bayern ist.

Die Anwesenden erheben sich zum Zeichen des Einverständnisses und der Hochachtung gegen ihren Chef von den Sitzen.

Herr Obermedizinalrat Dr. Roger dankt für die Beglückwünschung zu seiner Ernennung.

I. Kurzer Bericht über die Tätigkeit der Delegierten zur Begutachtung der neuen Dienstvorschrift.

Der Vorsitzende referierte über die Delegierten-Versammlung und die Landesversammlung 1910 in Bamberg. Er trägt aus dem Entwurfe die hauptsächlichsten Abänderungen vor.

An der Diskussion beteiligen sich Med.-Rat Dr. Böhm-Augsburg und Med.-Rat Dr. Henkel-München.

Es wird wiederum die Frage der Honorierung der amtsärztlichen Zeugnisse in jenen Fällen, in denen es sich um einen Bewerber um eine Staatsanstellung handelt, angeschnitten. Man ist auch jetzt, wie an anderen Stellen und zu anderen Zeiten der einstimmigen Ansicht, daß in solchen Fällen der Bewerber die Gebühr für das Zeugnis zu entrichten hat benso wie solche Zeugnisse stempelpflichtig sind.

II. Weitere Erfahrungen auf dem schulärztlichen Gebiete.

Herr Dr. Gros-Schwabmünchen referiert über seine Erfahrungen in der Ausübung der schulärztlichen Tätigkeit auf dem Lande.

Er empfiehlt mindestens zweimalige, besser dreimalige Untersuchung sämtlicher Schulkinder während der Schulperiode, im 1., 3. oder 4. und 7. Schuljahr. Die Beschränkung der Untersuchung auf jene Schüler, die von den Lehrern vorgestellt werden, sei eine ungenügende Untersuchung. Die Untersuchung hätte sich auf den ganzen Körper zu erstrecken. Während 3 Jahre habe nur 1 Vater die Untersuchung verweigert. Bei den Mädchen sei eine weibliche Vertrauensperson zuzuziehen.

Untersuchungsarzt soll der Amtsarzt sein; in großen Aemtern soll eine Teilung stattfinden. Die Oberaufsicht müsse aber bei dem Bezirksarzt bleiben.

Als Gebühr sei 80 Pf. für ein untersuchtes Kind angemessen.

Herr Gros bezieht sich auf seine Veröffentlichung in der Münchener Medizinischen Wochenschrift.

III. Einreihung der Amtsärzte in die Ehrenordnung.

Vorsitzender: Für die Einreihung der Amtsärzte spreche, daß ein großer Teil derselben tatsächlich Praxis ausübe, daß das Zusammenarbeiten mit den praktischen Aerzten dadurch am meisten ermöglicht werde; dieses Zusammenarbeiten sei notwendig in Sachen der öffentlichen Hygiene. Solange der Medizinalbeamtenverein nicht offiziell anerkannt sei, sei der Umweg über den ärztlichen Bezirksverein, Aerztekammer und Obermedizinalratausschuß in manchen Dingen der allein zuverlässige und gesetzliche Weg, Anträge an die Staatsregierung zu bringen. Der Einfluß der Amtsärzte auf die praktischen

Aerzte sei bisher ein großer gewesen und hätte reichlichen Gewinn für beide Teile und für die öffentliche Hygiene gebracht.

Gegen die Einreihung spreche die Beamteneigenschaft der Amtsärzte, die Befürchtung, daß die praktischen Aerzte in die amtlichen Eigenschaften des Bezirksarztes Uebergriffe machen, die Möglichkeit einer Doppelbestrafung des Amtsarztes, der Vergleich mit den Militärärzten, der Zwang zur Ausübung der Praxis durch die Amtsärzte, welchen die neue Dienstesvorschrift bringen werde.

Landesvorsitzender Med.-Rat Henkel spricht für die Einreihung der Amtsärzte in die Standesordnung der Bezirksvereine. Später, wenn die Staatsregierung die Angelegenheit gesetzlich ordne, sei auch diese Frage zu erörtern.

Vorsitzender hält ebenfalls den Gewinn, der aus der Einreihung in die Standesordnung der Bezirksvereine sich ergeben, für größer als den Schaden. Solange diese Einreihung eine freiwillige von seiten der Amtsärzte sei, sei dagegen nichts zu erinnern. Bei der gesetzlichen Regelung allerdings müsse auf die Eigenart der Stellung der beamteten Aerzte Rücksicht genommen werden.

IV. Anregungen aus der Versammlung.

a) Angerer Kästchen. An der Diskussion beteiligen sich Ob.-Med.-Rat Dr. Roger, ferner Med.-Rat Dr. Böhm, außerdem Dr. Seelos, Dr. Neidhart, Dr. Grassl, Dr. Drossbach. Der größere Teil von ihnen ist der Ansicht, daß eine zwangsweise Einführung der sog. Angerer-Kästchen durch eine distriktspolizeiliche Vorschrift nicht zulässig sei. Die Vorschriften über die Gegenstände, welche eine Hebamme führen müsse, seien durch K. A. V. geregelt, zu denen eine Unterbehörde einen Zusatz nicht machen dürfe. Die Regelung dieser Angelegenheit mittels des Artikels 67, Abs. 2 des Bayer. P. St. G., wie dies in einigen Bezirksämtern geschehen sei, sei unzulässig, da nach der Kompetenzausscheidung vom 4. Januar 1872 der Erlaß dauernder Vorschriften, wie es hier nötig sei, der Genehmigung der Kreisregierung bedürfe (Grassl).

Demgegenüber wird erwähnt, daß in manchen Aemtern die zwangsweise Einführung widerspruchslos erfolgt ist. Schwierigkeiten hätte anfangs die Bezahlung gemacht, die nun überwunden sei. — Gegenüber der Klage, daß der Gummihandschuh wenig widerstandsfähig sei, erwähnt Drossbach, daß dieses absichtlich so sei, damit der Handschuh nicht öfters benutzt würde.

b) Tuberkulosefürsorge. Diskussion von seiten der Herren Dr. Hag, Dr. Neidhart, Dr. Böhm, Dr. Schuster, Dr. Bschorer.

Auf dem Lande sei die Durchführung einer Fürsorgestelle sehr schwierig. Wenn der Tuberkulöse aus dem Besuch der Fürsorgestelle keinen finanziellen Nutzen habe, bleibe er aus, wie dies auch bei der Kinderfürsorge der Fall sei. Die unbedingt nötige Fürsorgeschwester koste jedenfalls Geld. Dieses Geld durch freiwillige Vereine aufzubringen, sei besonders in kleinen Orten sehr schwierig; es mache sich eine Vereinsmüdigkeit bei der Bevölkerung bemerklich.

V. Wahl der Vorstandschaft. Als 1. Vorsitzender wird einstimmig (14 : 1) mittels Stimmzettel gewählt der bisherige Vorsitzende Dr. Grassl, als zweiter nahezu einstimmig (13 : 2) der bisherige 2. Vorsitzende Dr. Neidhart.

Dr. Grassl-Lindau.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. VIII.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Oppeln am 5. November 1910 im grossen Sitzungssaal der Königl. Regierung zu Oppeln.

Anwesend waren die Herren: Reg.-Präsident v. Schwerin, Ob.-Reg.-Rat Dr. Erbslöh, Reg.- u. Med.-Rat Dr. Krohne, die Reg.-Räte Dr. Negenborn und Dr. Abegg, Reg.-Baumeister Rust, der medizinische Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung Kreisarzt Dr. Steiner, sowie sämtliche Kreisärzte, Gerichtsärzte und Kreisassistenzärzte mit Ausnahme des Kreisassistenzarztes in Oppeln, der Assistent des hygienischen Instituts in Beuthen, Dr. Prang und die kreisärzlich geprüften Aerzte Dr. Balzer-Czerwionka, Dr. Gürich-Rosenberg, San.-Rat Dr. Hartmann-(Königshütte) Neu-Heiduk, Dr. Lemke-Domb.

H. Reg.-Präsident v. Schwerin eröffnet um 11 Uhr vormittags die Sitzung mit einigen Worten der Begrüßung und dem Wunsche für eine erfolgreiche Tagung und übergibt dann die Leitung der Versammlung dem Reg.-u. Med.-Rat Dr. Krohne.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Krohne spricht dem Herrn Regierungspräsidenten, der seit Uebernahme der Präsidialgeschäfte im Jahre 1908 heute zum ersten Mal einer Versammlung der Medizinalbeamten beizuwohnen Gelegenheit habe, für sein Erscheinen und das den Kreisärzten bisher bewiesene Interesse und Wohlwollen den Dank der Versammlung aus und gibt zugleich der Versicherung Ausdruck, daß die Medizinalbeamten immer bemüht sein werden, den oft recht schwierigen Anforderungen ihres Dienstes gerecht zu werden.

I. Die wichtigsten Gesichtspunkte für die Seuchenbekämpfung in Oberschlesien. Reg.- u. Med.-Rat Dr. Krohne (Eigenbericht):

Vortragender weist auf die zumal in Oberschlesien besonders wichtige Bedeutung der Seuchenbekämpfung hin. Von jeher war Oberschlesien von Seuchen bedroht, immer Preußens Seuchenecke. Drei Tatsachen bedingen hier die ständige erhebliche Seuchengefahr: 1. Grenze Rußlands und Oesterreichs, von wo immerwährende Einschleppung verschiedenster Seuchen droht (jährlich allein über 140000 Saisonarbeiter, die hier über die Grenzen kommen, außerdem enormer sonstiger Verkehr von Industriearbeitern etc.) 2. Zusammengedrängtsein einer Industriebevölkerung von fast 1 Million Menschen auf engem Raum im oberschlesischen Industriegebiet mit allen hygienisch bedenklichen Folgen dieses Umstandes. 3. Geringes Kulturniveau und völliger Mangel hygienischen Verständnisses bei der oberschlesisch-polnischen Bevölkerung.

Gegenüber den sich hieraus ergebenden Gefahren müssen die Medizinalbeamten ständig auf dem Posten stehen. Wir unterscheiden zwei Arten von Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung:

I. Die vorbeugenden Maßnahmen:

a) Sorge für Reinhaltung der Ortschaften, für gute Wasserleitungen, Kanalisationen, einwandfreie Beseitigung der Abfallstoffe, Wohnungshygiene, Belehrung des Volkes hierüber; ferner Fürsorge für gute Krankenhäuser, Isolierbaracken, Desinfektionseinrichtungen etc. etc.

alles Dinge, die rechtzeitig organisiert werden müssen, um den ständig drohenden Seuchen gewissermaßen den Boden zu entziehen oder möglichst zu erschweren und zur Bekämpfung einer Seuche jederzeit gerüstet zu sein.

b) Fortlaufende Ueberwachung des Verkehrs der Menschen, Waren, Nahrungsmittel, namentlich des Verkehrs mit und aus benachbarten Kreisen und Ländern, in denen Epidemien herrschen.

Hier besonders wichtig aufmerksames Verfolgen des örtlichen Verlaufs der Cholera oder anderer Seuchen in Rußland etc. an der Hand guter

Karten und der amtlichen Mitteilungen über die Verbreitung der Cholera in Rußland (Vortragender demonstriert dies an einer großen Karte von Rußland), eventuell Beobachtung aller aus verseuchten oder seuchebedrohten Orten zuziehenden Personen. Bei Pockengefahr frühzeitige allgemeine Impfungen etc. etc.

II. Die nach Feststellung einzelner Fälle ansteckender Krankheiten bezw. beim Auftreten von Epidemien zu treffenden Maßnahmen:

Vortragender bespricht hier alle wichtigen Bestimmungen des Reichsseuchen- bezw. Landesseuchengesetzes von 1900 und 1905 mit besonderer Beziehung auf die oberschlesischen Verhältnisse (namentlich: Schnellste Erledigung der Anzeigen ansteckender Krankheitsfälle durch Aerzte und Polizeibehörden; hier noch immer viel Lässigkeit! Eingehende Ermittelungen nach dem Herd der Seuche. Möglichst immer Isolierung im Krankenhause, da einwandfreie Absonderung in der Behausung des Kranken in Oberschlesien fast immer unmöglich! Doch Absonderung im Krankenhaus nur dann, wenn hier auch geeignete Isolierräume vorhanden, da sonst — wie 1910 im Oppelner Bezirk durch einen Pockenfall vorgekommen — ein ganzes Krankenhaus verseucht werden kann usw.)

Wichtig ist, nicht zu vergessen, daß unsere Seuchengesetze trotz einschneidender Bestimmungen doch durchweht sind vom Geiste möglichster Schonung der persönlichen Freiheit und der wirtschaftlichen und sonstigen Interessen des einzelnen Menschen, der Familie etc.; hierdurch viel schwierige Arbeit für den Medizinalbeamten. Notwendig ist ständiges harmonisches Zusammenarbeiten mit den Behörden (bei Differenzen möglichst mündliche Aussprache) und nach dem Grundsatz: „Fortiter in re, suaviter in modo", energisches, aber taktvolles und tunlichst rücksichtsvolles Auftreten des Kreisarztes gegenüber dem Publikum.

In Fällen, in denen die Reichsgesetze für die Durchführung notwendiger Maßnahmen nicht geeignete Handhabe bieten (z. B. Isolierung von gesunden Bazillenträgern u. drgl.) kann oft durch persönlichen Einfluß des Kreisarztes im Sinne freiwilliger Zulassung solcher Maßnahmen viel erreicht werden!

Von großer Bedeutung ist die Kostenfrage. Besondere Aufgabe des Kreisarztes ist es, darauf hinzuwirken, daß in möglichst vielen Fällen die dem Erkrankten und der Familie durch Maßnahmen der Seuchenbekämpfung entstehenden Kosten (für Krankenhauspflege, Desinfektion usw.) aus öffentlichen Mitteln gedeckt werden.

Wird alles dies beachtet, dann dürfen wir auch auf allmähliche verständnisvolle Mitwirkung der Bevölkerung auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung rechnen.

Diskussion:

Med.-Rat Dr. Cimbal-Neiße fragt, wie man sich bei den Impfungen ausländischer Saisonarbeiter zu verhalten habe, die angeblich in den letzten 5 Jahren erfolgreich geimpft sein wollen, jedoch einwandfreie Bescheinigungen darüber nicht beibringen können. Ferner weist er darauf hin, daß namentlich in den Grenzbezirken oft unliebsame Verzögerungen im Eingang der Meldekarten betr. ansteckende Krankheiten vorkommen und teilweise auch durch ungenaue und unvollständige Angaben verursacht werden. Auch bezweifelt er die Zweckmäßigkeit von Desinfektionsmaßregeln beim Kindbettfieber im Hause der Kranken und schlägt an deren Stelle eine gründliche Desinfektion der Sachen und der Wohnung der betreffenden Hebamme vor.

Der Vorsitzende beantwortet die Anfrage dahin, daß bei Saisonarbeitern in allen zweifelhaften Fällen unbedingt die nochmalige Impfung stattzufinden hat, mithin auch in jedem Falle, in dem eine in den letzten 5 Jahren stattgefundene erfolgreiche Impfung nicht einwandfrei nachgewiesen wird. Um störende Verzögerungen im Eingang von Krankheitsmeldungen zu verhindern, sollen die Polizeibehörden erneut mit Nachdruck ersucht werden, auf eine ganz genaue Ausfüllung der Meldekarten (genaue Namens- und Ortsangaben) sowie auf ungesäumte Weitersendung derselben an die

Kreisärzte hinzuwirken. Die Anregung betr. Desinfektion der Wohnungen dei Hebammen bei Kindbettfieber sei beachtenswert und solle geprüft werden.

Med.-Rat Dr. Schmidt-Neustadt tritt energisch für eine allgemeine Uebernahme der ganzen Desinfektionskosten auf die Kreise ein und befürwortet außerdem als sehr zweckmäßig und nutzbringnnd die Anbringung von Warnungstafeln am Hause des Kranken auch bei Scharlach.

Der Vorsitzende entgegnet, daß zwar ständig seitens des Herrn Regierungspräsidenten auf eine möglichst weitgehende Uebernahme der Desinfektionen auf öffentliche Kosten hingearbeitet wird, daß aber ein über die geltenden gesetzlichen Bestimmungen hinausgehender Zwang auf die Kreise etc. nicht ausgeübt werden kann. In dieser Hinsicht können und sollen eben gerade die Kreisärzte durch ihren persönlichen Einfluß hinsichtlich Bezahlung der Desinfektoren aus öffentlichen Mitteln in ihren Kreisen viel erreichen. Die Anbringung von Warnungstafeln an Häusern ist nach dem Seuchengesetz nur bei den gemeingefährlichen Krankheiten sowie bei Typhus und Rückfallfieber, nicht aber bei Scharlach zulässig.

Med.-Rat Dr. Tracinski hält den jedesmaligen sofortigen Vermerk des Eingangsdatums auf den Krankheitsmeldekarten seitens der Polizeibehörden für sehr zweckmäßig, da so deren unzulässige Verzögerungen in der Absendung der Karten sofort zur Kenntnis des Kreisarztes kommen. Er weist ferner darauf hin, daß bei der Versendung von Untersuchungsmaterial an das Hygienische Institut in Beuthen die begleitenden Angaben vielfach ungenau und unvollständig sind und das zu versendende Material oft schlecht und unzureichend verpackt wird, in manchen Fällen auch äußerst spät zur Post gegeben wird. Von großer Wichtigkeit sei es, daß jetzt den Kreisärzten auch die negativen Befunde bei Widal mitgeteilt werden, zumal seiner Ansicht nach der Kreisarzt auch in diesen Fällen zur Anstellung von Ermittelungen an Ort und Stelle verpflichtet ist.

Bezüglich der Verfügung, wonach bei Genickstarre möglichst in allen Fällen auch von den Personen der Umgebung des Kranken Nasenrachenschleim zur bakteriologischen Untersuchung eingeschickt werden soll, fragt er an, ob nicht eine Aenderung dieser Verfügung möglich sei. Zum Thema Schlußdesinfektion weist er erneut darauf hin, daß wichtiger als diese die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett sei und die Kreisärzte immer wieder energisch auf deren Ausführung hinzuwirken haben. Im übrigen hält er bei Typhus und Ruhr die chemische und mechanische Desinfektion für völlig ausreichend und die immerhin recht teure Formalindesinfektion bei diesen Krankheiten für überflüssig.

Hülfsarbeiter Kreisarzt Dr. Steiner erwidert darauf, daß die angezogene Verfügung über Genickstarre auf ministeriellem Erlasse beruhe, eine Aenderung derselben also unmöglich sei. Auch dürfte die hier angeordnete Entnahme und Einsendung des Untersuchungsmaterials heut nur wenig Mühe und Schwierigkeit machen, da bei den im Reg.-Bez. Oppeln nur noch selten vorkommenden Fällen von Genickstarre die Kreisärzte nicht allzu oft in Anspruch genommen würden, so daß die Kosten wenig erhebliche sein können. Für die fortlaufende Desinfektion sei die Mitwirkung der Gemeindeschwestern unentbehrlich, doch sind diese erst in diesem Zweige der Krankenpflege gründlich durchzubilden; sie werden dann helfend und belehrend auf die Volksmassen einwirken. Bei negativem Widal sei der Kreisarzt zum wenigsten verpflichtet, sich mit dem behandelnden Arzt ins Einvernehmen zu setzen und über den weiteren Krankheitsverlauf sich zu informieren. In allen Fällen, in denen eine Ueberführung des Kranken in ein Krankenhaus durch das Veto des behandelnden Arztes unmöglich gemacht werde, erscheine die Maßnahme zwechmäßig, den Arzt einen Revers unterzeichnen zu lassen, nach dem er die Verantwortung für die gewissenhafte Ausführung der fortlaufenden Desinfektion am Wochenbett übernimmt.

Med.-Rat Dr. Neumann-Leobschütz erwähnt, daß in seinem Kreise die Kreishundesteuer in einen Wohlfahrtsfond fließt, aus dem zunächst alle Heilkosten bei Bißverletzungen durch tolle Hunde bezahlt werden; dann aber werden aus diesem Fond alle amtlich angeordneten Desinfektionen bezahlt mit dem Erfolge, daß jetzt vielfach die Leute selbst ansteckende Krank-

heiten melden und sogar um Ausführung der Desinfektionen bitten. Auch er betont, daß die Gemeindeschwestern im Desinfektionswesen zu wenig ausgebildet sind und hier Remedur geschaffen werden muß.

Prakt. Arzt Dr. Balzer-Czerwionka hält bei Scharlach eine sichere Isolierung nur bei Ueberführung in ein Krankenhaus für möglich; freilich müßten dann die sehr hohen Kosten durch eventuelle Beihülfen der Gemeinden erleichtert werden.

Med.-Rat Dr. Kuehn-Ratibor weist darauf hin, daß viele Scharlachfälle garnicht zur amtlichen Kenntnis kommen, da besonders bei der ländlichen Bevölkerung ein Arzt oft nicht zugezogen werde und die Krankheit unter allen möglichen anderen Bezeichnungen verläuft, ohne daß der Kreisarzt von einer solchen Scharlachepidemie erfährt.

Während Kreisarzt Dr. Steiner die Möglichkeit, daß ein gehäuftes Auftreten von Scharlacherkrankungen dem Kreisarzte verborgen bleiben könne, bezweifelt, da in derartigen Fällen die Lehrer des betr. Orts dem Kreisarzte oder der Ortspolizeibehörde von dem Bestehen der Epidemie Mitteilung zu machen pflegen, hält auch der Vorsitzende dies bei unseren oft sehr ausgedehnten Landkreisen, sowie mit Rücksicht auf die Indolenz unserer Bevölkerung und selbst mancher unteren Polizeiorgane etc. nicht für ausgeschlossen.

Der Vorsitzende weist ferner darauf hin, daß es sich zwar bei zwangweiser Ueberführung eines Kranken in ein Krankenhaus empfiehlt, möglichst immer auf eine Uebernahme der Kosten durch die Gemeinde hinzuwirken, daß aber die Gemeinden nur bei Zahlungsunfähigkeit der Kranken hierzu verpflichtet sind.

Kreisarzt Dr. Boretius-Rybnik erachtet bei klinisch sicher gestellter Genickstarre die bakteriologische Untersuchung für unnötig, wie seiner Ansicht nach alle bakteriologischen Untersuchungen nur zu veranlassen sind, wenn sie zur Sicherung der Diagnose unbedingt nötig sind.

Hierauf wird die Diskussion geschlossen.

II. Ueber die bisher bei den Ortsbesichtigungen im Reg.-Bezirk Oppeln gesammelten Erfahrungen mit besonderer Berücksichtigung der Abwässerbeseitigung. Referent: Kreisarzt Dr. Frey-Lublinitz (Eigenbericht).

Der Vortragende hatte auf Veranlassung des Reg.- u. Med.-Rats Dr. Krohne nach besonderen Mitteilungen auf Fragebogen, die den Kreisärzten des Bezirks zugesandt worden waren, festgestellt, wieviel Mängel auf dem Gebiet der Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung durch die kreisärztlichen Ortsbesichtigungen in den Jahren 1901—1909 vorgefunden wurden und wieviele davon Beseitigung fanden. Es ergab sich, daß bei 1792 (zum größten Teil mehrmals) stattgefundenen Ortsbesichtigungen 21 729 Mängel der Wasserversorgung und 13 740 Mängel der Abwässerbeseitigung festgestellt worden waren, insgesamt also 35 469 Mängel auf dem beregten Gebiete. Hiervon wurden 15 945 Mängel abgestellt und zwar wurden 8440 Brunnen neu errichtet oder repariert, 44 Wasserleitungen ausgebessert oder neu erbaut, in 7369 Fällen Rinnsteine, Senkgruben usw. abgeändert oder neu errichtet, 64 Kanalisationen und 28 Kläranlagen neu ausgeführt und vieles andere mehr. Von allen Beanstandungen haben also etwa 45 % Abstellung gefunden. Daß in den übrigen Fällen, die meist die ländlichen Kreise betrafen, noch keine Besserung eingetreten war, konnte nur zu geringem Teile einer Nachlässigkeit der Ortsbehörden zur Last gelegt werden. In der Hauptsache trugen ein noch nicht überall ausreichendes Verständnis derselben für Ortshygiene, der Mangel an Zwangsmitteln und sonstige Schwierigkeiten in der Durchführung der vom Kreisarzte für erforderlich erachteten Maßnahmen, vor allem aber die finanzielle Lage der Besitzer mangelhafter Anlagen Schuld daran. Immerhin ließ sich doch schon ein erfreulicher, hauptsächlich der Arbeit der Kreisärzte zu dankender Fortschritt auf diesen Gebieten erkennen und ein Aufwand mehrerer Millionen, die namentlich für Umgestaltungen und Neuanlagen von Einrichtungen für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung ausgegeben waren, berechnen.

Im einzelnen erschien es wünschenswert, daß von seiten der Aufsichtsbehörde die Weisung an die Landräte ergehen möchte, dafür zu sorgen, daß zum Zwecke der Feststellung des tatsächlichen Erfolges der Ortsbesichtigungen stets im einzelnen den Kreisärzten mitgeteilt würde, in welcher Weise die gerügten Uebelstände Beseitigung fanden. Ferner ist zu fordern, daß die Ortspolizeibehörden angehalten werden, schon bei der Abnahme von Wohngebäuden mehr als bisher auf die gesundheitsgemäße Gestaltung der Einrichtungen (namentlich für Abwässerbeseitigung) Bedacht zu nehmen und hierbei besonders auf die Einhaltung der baupolizeilichen Bestimmungen genau zu achten. Wo das Verständnis für Ortschaftshygiene und die Kenntnis der geltenden Vorschriften noch fehle, sei eine einfache hygienische Anleitung anzuregen. Diese Anleitung könne in Konferenzen unter dem Vorsitz des Landrats vor sich gehen. Auch seien die Ortspolizeibehörden nachdrücklich zur Teilnahme an den Ortsbesichtigungen zu verpflichten.

Entsprechend der besonderen Bedeutung der Abwässerbeseitigung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten wurde dann diese Frage unter genauem Eingehen auf die Verhältnisse in Oberschlesien besprochen, wo in dieser Hinsicht auf dem Lande noch recht bedauerliche und gesundheitsgefährliche Zustände herrschen.

Nach kurzer Darstellung der wichtigsten Momente in der Beseitigung des Haus- und Straßenkehrichts wurden die hygienischen Mindestforderungen ausgeführt, die für die Unschädlichmachung der eigentlichen Abwässer erhoben werden müssen, um gesundheitliche Gefahren möglichst zu vermeiden. Gefordert muß werden die Ableitung des Tagewassers, da Stagnationen zu bedenklichen Mißständen Veranlassung geben können und Ueberflutungen der unsauberen ländlichen Höfe ein Weiterschwemmen des Unrats und unter Umständen auch Verschleppungen gefährlicher Keime zur Folge haben.

Hausabwässer sind im allgemeinen immer als schädliche Flüssigkeiten anzusehen und müssen daher in dichten Gruben aufgesammelt und abgefahren werden. Dasselbe hat mit den Fäkalien von Menschen und Tieren, den allergefährlichsten Abfallstoffen des Haushalts, zu geschehen, deren Ansammlungen durch üble Gerüche, giftige Zersetzungsgase, Konzentration von Faulsubstanzen und Krankheitserregern (insbesondere von Typhus) die Gesundheit der Bewohner aufs äußerste gefährden. Hierbei ist zu empfehlen, daß die Aufsichtsbehörde eine Polizeiverordnung über die „hygienische Einrichtung von Abort- und Dungstätten für das Land“ zum Zweck der Umgestaltung aller schlechten Anlagen derart oder wenigstens allgemeine Grundsätze darüber als Richtschnur für die Polizeibehörden erlassen möchte.

Allgemein wären dann überall dort, wo eine geordnete Kanalisation oder ein geeigneter Vorfluter nicht besteht, Senkgruben zur Sammlung und Abfuhr als Beseitigungsmittel für Abwässer zu verlangen. „Wilde“ Kanalisationen und auch kleine, unsachgemäß bediente Kläranlagen nach Möglichkeit zu verhindern, ist eine besonders wichtige Aufgabe der Gesundheitsbeamten.

Es wurden nun an der Hand der Grundsätze der allgemeinen Verfügung über Reinhaltung der Gewässer vom Jahre 1901 die oberschlesischen Vorflutverhältnisse erörtert und festgestellt, daß nach deren Eigenart nur die Ableitung geklärter Abwässer erfolgen dürfe. Hierbei fand auch die sanitätspolizeiliche Rechtslage gebührende Berücksichtigung.

Die Betrachtung der für Oberschlesien geeigneten Kläranlagen ergibt, daß im allgemeinen für Berieselung genügend große und der Bodenbeschaffenheit nach brauchbare Ländereien nicht vorhanden sind, und daß die einfache mechanische Klärung wegen ungünstiger Vorfluter, ungenügenden Kläreffekts und der Schlammplage in Oberschlesien nur in Ausnahmefällen angewendet werden darf. Als für Oberschlesien stets geeignete Klärmethoden könne die biologische Reinigung und die Klärung durch Emscher-Brunnen bezeichnet werden. Es folgte dann eine genaue Beschreibung des Vorganges bei der biologischen Reinigung, wobei besonders das Tropfverfahren geschildert wurde. Als Hauptgesichtspunkte sind hierbei festzuhalten:

1. Die Vermeidung zu kleiner und daher meist schlecht funktionierender und schlecht bedienter Anlagen und möglichste Zusammenfassung größerer Abwassergebiete durch eine größere, gut durchgearbeitete Anlage, da nur eine solche fortdauernde Inanspruchnahme und gute Bedienung gewährleistet,

2. Reichliche Luftzuführung zu den Tropfkörpern.

3. Richtige Auswahl und Verteilung des Materials für die Tropfkörper und Verhältnis der Menge dieses Materials von 2 : 1 der täglichen Abwassermenge.

4. Möglichst gleichmäßige und ununterbrochene Verteilung des Abwassers auf den Tropfkörper.

Endlich wurde das große Werk der Sanierung des Emscher-Gebietes gewürdigt, die Klärmethode der Emscher Brunnen (auch in Verbindung mit dem Kremerschen Apparat) geschildert und die Hoffnung ausgesprochen, daß die jetzt mit Nachdruck eingeleitete Sanierung des Rawagebietes in Oberschlesien nach dem Vorbild der an der Emscher erprobten Maßnahmen gelingen möge. Zum Schluß wurde dann die Forderung erhoben, daß die Medizinalbeamten an der Vorprüfung aller hiernach aufzustellenden Projekte und der später notwendigen Kontrolle ständig mitbeteiligt werden im Rahmen der §§ 75 und 76 der Dienstanweisung.

Demonstriert wurde im Vortrag die vollendete biologische Kläranlage von Hohenlinde, die mechanisch-biologische von Laurahütte-Siemianowitz und Emscher Brunnen.

Diskussion:

Der Vorsitzende spricht dem Vortragenden den Dank der Versammlung aus und eröffnet die Diskussion, indem er zu der erfolgten Umfrage betreffend Ortsbesichtigungen bemerkt, daß zwar eine entschiedene Besserung der hygienischen Zustände der Ortschaften, eine zunehmende Sanierung der Orte unverkennbar sei, daß aber trotz wiederholter Ortsbesichtigungen immer noch viele bei denselben festgestellten Mängel unabgestellt seien. Wenn auf die Umfrage von einzelnen Kreisärzten angegeben wurde, daß ihnen amtlich nicht bekannt geworden sei, ob die gerügten Mängel abgestellt seien oder nicht, so liege darin ein gewisser Mangel an Interesse und Initiative der betreffenden Medizinalbeamten, von denen verlangt werden könne und müsse, daß sie selbst aus eigenem Antriebe sich bei den Polizeibehörden nach dem Erfolg der vom Kreisarzt gegebenen Anregungen und Besserungsvorschläge erkundigen.

Im übrigen sagt Vorsitzender zu, daß die Landräte erneut darauf hingewiesen werden sollen, gemäß § 69 der Dienstanweisung über die erfolgte oder nicht erfolgte Abstellung der Mängel den Kreisärzten regelmäßige Mitteilungen zukommen zu lassen. Wo eine solche Mitteilung ausbleiben sollte, ist sie vom Kreisarzt selbst einzufordern.

Kreisarzt Dr. Steiner erwähnt, daß noch vielfach Zweifel darüber bestehen, ob die Besserung eines Privatbrunnens auch erzwungen werden könne. Dies darf stets geschehen, wenn noch andere Personen als die Familie des Brunnenbesitzers den Brunnen mitbenutzen.

Med.-Rat Dr. Neumann-Leobschütz befürwortet gleichfalls den Erlaß einer entsprechenden Regierungsverfügung; mindestens erscheint ihm die Aufstellung von besonderen, für Bau und Einrichtung von Abortgruben und Düngerstätten geltenden Grundsätzen dringend geboten. Als sehr praktisch bewährt sich ihm die Anlegung von Brunnenverzeichnissen und Einführung von Brunnenzählkarten.

Zum Thema „Ortsbesichtigung" fragt er aus Anlaß eines solchen Vorkommnisses im Kreise Leobschütz an, was zu geschehen habe, wenn dem Kreisarzte von einem Besitzer das Betreten des Grundstücks verboten wird.

Ob.-Reg.-Rat Dr. Erbslöh erwiedert hierauf, daß der Kreisarzt allein oder unter Hinzuziehung eines Polizeiorgans der Zutritt in solchem Falle nicht erzwingen könne. Der Kreisarzt kann dann aber eine Verfügung des Regierungspräsidenten erbitten, durch die dem Besitzer unter Androhung von Polizeistrafen aufgegeben wird, diesen Zutritt zu gestatten.

Zu den aufgestellten Leitsätzen bemerkt er, daß der Herr Regierungspräsident im Begriff ist, eine neue ländliche Baupolizeiordnung zu erlassen, und daß damit eine Besserung vieler hier bemängelter Verhältnisse herbeigeführt werden wird.

Der Vorsitzende macht noch darauf aufmerksam, daß es sich empfiehlt, gewerbliche Betriebe bei Ortsbesichtigungen nur im Einvernehmen mit dem Gewerbeinspektor zu besichtigen, und daß unter Umständen zum Betreten von Gewerbebetrieben ein besonderer Auftrag des Regierungspräsidenten an den Kreisarzt erforderlich ist bezw. von den Besitzern der Betriebe verlangt werden kann.

Hiermit wurde die Diskussion geschlossen.

Danach bringt der Vorsitzende im Auftrage des Herrn Reg.-Präsidenten noch zur Kenntnis, daß im allgemeinen zur Ausstellung von **Kraftwagenführerzeugnissen** immer nur der Kreisarzt des Kreises, in dem der Untersuchte seinen Wohnsitz hat, zuständig ist. Bezüglich der Frage der Stempelpflicht solcher Atteste wird demnächst von dem Herrn Finanzminister noch besonders entschieden werden; bis dahin empfiehlt sich jedoch unbedingt, diese Zeugnisse in jedem Falle zu stempeln.

Im Anschluß an die Sitzung fand ein gemeinsames Mittagsmahl im Hotel Form statt. Dr. Krohne-Oppeln.

Bericht über die amtliche Versammlung der Medizinal-Beamten des Reg.-Bez. Cöln am 23. Januar 1911, mittags 12 Uhr (Gebäude der Lesegesellschaft) in Bonn.

An der Versammlung, welche der Herr Regierungspräsident Dr. Steinmeister leitete, nahmen teil: Die Herren Geh. Ober-Med.-Rat Professor Dr. Kirchner-Berlin als Vertreter des Herrn Ministers, Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Rusak, Oberbürgermeister Dr. Spiritus-Bonn und Beigeordneter Dr. v. Gartzem-Bonn, ärztlicher Beigeordneter Dr. Krautwig-Cöln, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Finkler-Bonn, Privatdozent Dr. Selter-Bonn, die Landesmedizinalräte bei der Provinzialverwaltung der Rheinprovinz Dr. Knepper und Prof. Dr. Liniger-Düsseldorf, die Landräte v. Schlegtendahl-Mülheim a. Rh. und Minten-Cöln, sämtliche Kreis- und Gerichtsärzte des Bezirks mit Ausnahme der durch Unpäßlichkeit verhinderten Kreisärzte Med.-Rat Dr. Eickhoff-Siegburg und Dr. Söhle-Waldbroel, der staatsärztlich approbierte Arzt Dr. Schrammen-Cöln.

Zunächst begrüßte der Herr Regierungspräsident die Versammlung, die jetzt zuerst wieder nach zweijähriger Pause amtlich zusammengetreten ist, und gibt seiner Freude über die zahlreiche Beteiligung Ausdruck. Besonderer Dank gebühre Herrn Geh. Ober.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner, der als Vertreter des Herrn Ministers der Versammlung beiwohne. Für diese sei es von Wert, auf solche Weise bei der Behandlung der Tagesordnung auch die Ansicht der Zentralverwaltung aus berufenem Munde zu vernehmen, für letztere von Interesse zu sehen, wie die Ausführung ministerieller Erlasse und Anregungen sich in der Praxis gestalten.

Es wird in die Tagesordnung eingetreten.

1. Ueber Tuberkulosefürsorge. Kreisarzt Med.-Rat Dr. Meerbeck-Mülheim a. Rh.

Mein Auftrag geht dahin, Ihnen ein Referat über die Lungenfürsorge zu erstatten. Um auch den Nichtmedizinern eine Grundlage für die Beurteilung der vorliegenden Verhältnisse zu bieten, ist es jedoch notwendig, kurz auf die Tuberkulose selbst und ihre Entwicklung etwas näher einzugehen.

Die großen Pathologen des vorigen Jahrhundert haben auf Grund ihrer exakten Studien der erkrankten Organe an der Leiche genau die Veränderungen, die die Tuberkulose im menschlichen Körper setzt, beschrieben, an ihrer Spitze Virchow, der exakt den Begriff eines Tuberkels erklärte, von dem die Krankheit den Namen Tuberkulose erhielt. Der Tuberkel stellt ein kleines, grauweißes Knötchen dar; man findet von der Tuberkulose befallene Organe mit derartigen Knötchen zu Tausenden besetzt. Schon diese

Forscher stellten fest, daß die Tuberkulose, abgesehen von der Lunge, auch alle anderen Organe befallen kann. Dem genialen und unermüdlichen Forschergeiste Robert Kochs verdanken wir die Entdeckung des Erregers der Krankheit, des Tuberkelbacillus; Koch bewies durch den Tierversuch, was umsichtige Forscher schon vorher vermutet, daß wir es bei der Tuberkulose mit einer reinen Infektionskrankheit zu tun haben, die durch die Uebertragung der Tuberkulosekeime hervorgerufen wird. In Verfolg dieser Entdeckung haben Koch und seine Schüler, wie auch andere Forscher, für eine Reihe von anderen Organerkrankungen, die der Tuberkel wegen zu den tuberkulösen gerechnet wurden, den Tuberkelbacillus als Ursache festgestellt. Es handelt sich bei der Tuberkulose demnach nicht allein um Lungenerkrankungen, wie sie sich der Laie unter dem Bilde der Lungenschwindsucht vorstellt. Die Tuberkulosekeime können auch in allen anderen Organen sich einnisten und entwickeln. Hier sind zu nennen die tuberkulöse Gehirnentzündung, der so viele Kinder erliegen, die skrophulösen Entzündungen der Drüsen und Schleimhäute, die Darm- und Bauchfelltuberkulose, die Tuberkulose der Nieren und Blase; der unheilvolle Knochenfraß, der eine Tuberkulose im Knochenmark darstellt; ferner die Tuberkulose der Haut, der Lupus oder fressende Flechte, die zu den entsetzlichen Entstellungen des Gesichts führen kann und — last not least — die Miliartuberkulose, dem Laien bekannt unter dem Namen der „galoppierenden Schwindsucht". Wie man sieht, ist es ein ganzes Heer von Krankheiten, das der unheilvolle Krankheitserreger der Tuberkulose hervorrufen kann.

In der wissenschaftlichen Welt erregte die Arbeit des Züricher Pathologen Nägeli ungeheueres Aufsehen, der sein gesamtes Leichenmaterial auf Tuberkulose durchforschte. Nägeli fand bei Sektionen von Personen des erwachsenen Lebensalters 97% mit tuberkulösen Veränderungen, von schweren klinischen Veränderungen, die den Tod herbeigeführt hatten, bis zu mehr oder weniger abgelaufenen Prozessen, die offenbar ertragen waren, und zu kleinen Infektionsherden, namentlich in den Lungenspitzen oder in den Drüsen, die am Lebenden kaum Krankheitserscheinungen hervorgerufen hatten. Lubarsch in Düsseldorf fand unter 1800 Sektionen bei 79,9% der Leichen tuberkulöse Veränderungen schwereren oder leichteren Grades, und nach Ausscheidung aller Fälle unter 16 Jahren 60% der Gestorbenen tuberkulös. Burkhardt bezw. Schmorl fanden bei 1262 Leichenöffnungen 91%, Paltauf 92% mit tuberkulösen Prozessen. Daß es auch in anderen Ländern nicht besser steht, zeigt die Arbeit Bugges, der bei den Leichenöffnungen in Christiania 75,4% mit tuberkulösen Veränderungen feststellte. Bei Personen, die nicht an Tuberkulose gestorben waren, fand er bei 59,5% größere und kleinere tuberkulöse Herde in den Lungen oder Bronchialdrüsen. Von diesen 59,5% erwies sich ca. die Hälfte, 28,5%, beim Tierversuch als übertragungsfähig, indem die geimpften Tiere an Tuberkulose erkrankten.

Aus diesen Tatsachen ergibt sich der Schluß, **daß fast jeder Mensch für die Infektion mit Tuberkulose empfänglich ist und daß tatsächlich fast alle Menschen eine tuberkulöse Infektion erleiden.** Eine Infektion bedeutet aber nicht eine Erkrankung im Sinne des Laien; in den meisten Fällen kommt es nur zu einem leichten Drüsenprozeß; das betreffende Organ selbst bleibt dagegen vermöge der in ihm bezw. im Organismus vorhandenen Schutzvorrichtungen gesund.

Der Befund der Anatomen am Leichenmaterial zeigt ferner tuberkulöse Veränderungen für die einzelnen Lebensjahre wie folgt:

vom 1.— 5. Lebensjahre	17%	
„ 5.—14. „	33 „	
„ 14.—18. „	50 „	und
bis zum 40. „	90 „	

Die Tatsache, welche der Leichenbefund bietet, erhält eine entsprechende Illustration durch die neueren Untersuchungsmethoden, die eine tuberkulöse Infektion mit Sicherheit am Lebenden nachweisen. Es sind dies die sog. Tuberkulinproben. Das Tuberkulin, das Koch zur Heilung der Tuberkulose einführte, hat die Eigenschaft, daß es bei einem Tuberkulösen Fieber und event. eine Reaktion an dem erkrankten Herd erzeugt, während es bei einem von Tuber-

kulose freien Menschen keinerlei Erscheinungen bietet. Die jüngeren Tuberkulinproben, die von Calmette, Wolff-Eisner, v. Pirquet und Moro ergeben bei Vorhandensein eines tuberkulösen Prozesses im Körper Rötung und Bläschenbildung. Diese Reaktionen sind zuverlässig und berechtigen zu dem Schluß, daß ein Mensch mit positiver derartiger Reaktion eine tuberkulöse Infektion erlitten hat; nur sind die Reaktionen so fein, daß selbst kleine, für die Gesundheit belanglose tuberkulöse Herde einen positiven Ausschlag geben.

Die Durchprüfung von bestimmten Bevölkerungsschichten, insbesondere von Kindern und Soldaten, mit der v. Pirquetschen Reaktion hat (nach Untersuchungen von v. Pirquet-Wien, Moro-München, Schlossmann und Nothmann und Engel und Bauer in Düsseldorf und Hamburger in Wien) ergeben, daß bei Kindern im ersten Lebensjahre bereits bei 5—10 % und bis zu 14 Lebensjahren bei 90 %, ja bei der Arbeiterbevölkerung bis zu 100 % die Reaktion positiv ausfällt, daß also bis zur Pubertät fast alle Menschen, in gut situierten Kreisen bis zu 70 %, bereits eine tuberkulöse Infektion erlitten. Hieraus folgt, wie Meissen sich ausdrückt:

„Die Infektionskraft des Tuberkelbacillus ist offenbar groß genug, um ein erstes Haften bei der großen Mehrzahl der Menschen zu ermöglichen; seiner Invasion vermag auch der kräftigste Organismus kein Hindernis entgegenzusetzen. Die Infektion erfolgt aber von irgendwelcher Eingangspforte aus auf dem lymphogenen Weg; es kommt zunächst nur zur Entwicklung kleiner latenter Herde, die keinerlei Krankheitserscheinungen hervorzurufen brauchen. Das weitere Schicksal dieser Herde ist von den Verhältnissen des betreffenden Organismus abhängig. Diese entscheiden, ob der Herd latent bleibt und allmählich erlischt, oder ob es früher oder später zu einem mehr oder weniger heftigen Ausbruch der Krankheit kommt."

Tatsächlich sehen wir trotz der allgemeinen Infektion nur einen Bruchteil der Infizierten erkranken, indem das Gift sich über einzelne oder mehrere Organe aussäet und nun die Gesundheit ernstlich bedroht. Die Gründe hierfür liegen einesteils in der Menge und der Virulenz, der Kraft der Giftwirkung der Krankheitskeime, anderseits in den Abwehrverhältnissen des Organismus. Ist das erkrankte Gewebe imstande, das eindringende Gift festzuhalten, es zu isolieren und abzukapseln, so ist die Krankheit, trotzdem das Gift noch lebensfähig ist, für den Körper latent geworden. Treten aber Verhältnisse ein, die die Widerstandskraft der Gewebe und Organe herabsetzen, so wird der Schmarotzer weiter wuchern und ein oder mehrere Organe überschwemmen. So vollzieht sich der Ausbruch der tuberkulösen Erkrankungen.

Betrachten wir nun den Weg, auf dem die Krankheitskeime in den Organismus gelangen, so kann es sich hauptsächlich nur um zwei handeln; um den aerogenen, durch den die Krankheitskeime mit der Atmungsluft in Form von Staub, Flüggeschen Tröpfchen usw. den Luftwegen und der Lunge zugeführt werden, oder den alimentären, durch den die Bazillen mit der Nahrung in den Verdauungskanal aufgenommen werden und von hier aus in den Körper eindringen. Die Keime gelangen in der Regel zunächst in die Lymphbahnen. vielleicht auch in die Blutbahnen, und werden wahrscheinlich unter dem Einfluß der weißen Blutkörperchen, denen im Organismus die Rolle der Polizisten zufällt, den nächsten Lymphdrüsen, die wir im gleichen Bilde als Polizeistationen bezeichnen können, zugeführt. Die Drüse sucht das Gift festzuhalten und abzukapseln; sie gerät in entzündliche Schwellung. Ueberwindet die Drüse den Angriff, so wird das Gift isoliert; wird sie aber durchbrochen, so kommt dieses zur weiteren Verbreitung, event. auch durch die Blutbahn; damit ist die Ursache einer schweren tuberkulösen Organ- bezw. Allgemeinerkrankung gegeben. Die geringste Widerstandsfähigkeit zeigt das kindliche Alter. Hier sehen wir so häufig im Anschluß an Drüsenerkrankungen, insbesondere der Drüsen an der Lungenwurzel und des Gekröses, die akute Miliartuberkulose sich anschließen, ferner die Gehirn- und Bauchfelltuberkulose usw.

Die Erfahrungen mit dem Kochschen Tuberkulin zeigen, daß durch Einführung kleiner Giftmengen, die reaktionslos vertragen werden, die Widerstandsfähigkeit des menschlichen Organismus erhöht wird, d. h., daß das Ueberstehen einer ganz leichten Infektion gegen eine entsprechend höhere einigen Schutz verleiht (Roemer). So ist auch anzunehmen, daß leichte Infektionen,

die der Organismus in der Jugend erlitten und paralysiert hat, die Schutzkraft des Körpers vermehren. Dieser Schutz ist aber ein relativer. Unverhältnismäßig große Mengen Gift, auf einmal oder häufiger zugeführt, durchbrechen trotzdem die Schutzvorrichtungen und bedingen den Ausbruch der Krankheit. Haben wir demnach in dem Tuberkelbacillus die causa movens der Tuberkulose, so muß noch ein zweiter Umstand hinzukommen, daß sie zur Allgemeinerkrankung führt. Diese zweite Ursache, causa efficiens, ist die mangelnde Widerstandsfähigkeit des Organismus, die durch eine mangelhafte gesundheitliche Aussteuer von seiten der Eltern bedingt oder durch andere schwächende Krankheiten, durch Ueberanstrengung und Entbehrung und alle diejenigen Momente, die schädigend auf den Organismus wirken, hervorgerufen sein kann. So sehen wir den Ausbruch der Tuberkulose häufig nach schweren Krankheiten, z. B. Masern und Keuchhusten, ferner in den Entwicklungsjahren, in der Schwangerschaft und bei einer Reihe von Gewerbebetrieben, z. B. bei Steinhauern, Schleifern, Webern, Erz-Bergleuten usw., und nicht am wenigsten bei Alkoholisten.

Woher stammen nun die Tuberkulosekeime?

Sie stammen in erster Linie von tuberkulösen Menschen; enthält doch der Auswurf Schwindsüchtiger ungeheure Mengen lebensfähiger Krankheitskeime, die nachgewiesenermaßen selbst eingetrocknet längere Zeit ihre Lebensfähigkeit bewahren. Sie finden sich ferner in den Se- und Exkreten tuberkulöser Organe, im Stuhl und Urin Schwindsüchtiger. Als weitere Quelle kommt die Milch tuberkulöser Tiere in Frage, die von v. Behring in erster Linie für die Infektion verantwortlich gemacht wurde. Die Tuberkulose in Form der Perlsucht ist ja beim Rindvieh mindestens so verbreitet wie beim Menschen; der Erreger geht leicht in die Milch über. Wie v. Behring so war auch R. Koch anfänglich der Meinung, daß der Erreger der menschlichen Tuberkulose und der der Perlsucht der gleiche seien. Demgemäß waren sie beide von der Gefahr der Ansteckung durch infizierte Kuhmilch überzeugt. Aber im Jahre 1902 vertrat R. Koch auf dem Londoner Tuberkulose-Kongreß, gestützt auf exakte Untersuchungen, die Ansicht, daß die beiden Erreger derartig differenziert seien, daß der Typus bovinus ebenso wenig beim Menschen eine Infektion setzen könne wie der Typus humanus beim Rinde. v. Behring hielt im Gegensatze zu R. Koch an der alten Ansicht fest, daß nämlich der Infektion durch den Auswurf Tuberkulöser keine oder doch nur eine geringe Bedeutung zuzusprechen sei, während fast allgemein die Infektion im Säuglingsalter durch infizierte Kuhmilch erfolge. A. Weber vom Kaiserlichen Gesundheitsamt hat den Unterschied der beiden Arten im Kulturversuch nachgewiesen. Man ist nicht imstande, beide ineinander überzuführen; es ist deshalb anzunehmen, daß der Typus humanus sich nur beim Menschen, der Typus bovinus sich nur beim Rinde findet.

Die Mehrzahl der deutschen Forscher steht auf Kochschem Boden, daß nur der vom Menschen stammende Tuberkelbacillus die Schwindsucht erzeugt, während der Internationale Tuberkulose-Kongreß zu Washington von 1908 beide Quellen der Infektion annimmt. In praktischer Hinsicht trägt man dem Standpunkte v. Behrings Rechnung, indem man dem Säugling und Kinde nur gut abgekochte Kuhmilch reicht.

Die herrschende Ansicht der Pathologen wie der Bakteriologen ist heute die:

> Die Tuberkulose ist eine ansteckende Krankheit und bedingt durch den Tuberkelbacillus. Die Infektion findet vorwiegend in der Jugend statt, kann aber auch in jedem Alter erfolgen.

Die meisten Infektionen werden durch die Schutzkräfte des Körpers paralysiert und das Gift der Krankheit in den Drüsen isoliert. Die schweren Erkrankungen des späteren Alters, insbesondere die Lungenschwindsucht, beruhen entweder auf einer Neuinfektion, meistens aber auf einer Reinfektion bezw. Metastasierung von alten, im Körper schlummernden Herden. Das Aufflackern der alten Herde ist, wie oben ausgeführt, bedingt durch schwächende Krankheiten, Ueberanstrengungen, Entbehrungen, Alkoholismus usw.

Demnach bietet der tuberkulöse, schwindsüchtige Mensch die Ansteckungs-

gefahr für seine Umgebung. Er streut das Gift aus, und bei diesem hat die Seuchenbekämpfung einzusetzen. Vom Standpunkt der Seuchenbekämpfung wäre die Ausschaltung der Bazillenhuster bis zur endgültigen Beseitigung der Bazillen anzustreben. Dies wird aber unmöglich gemacht durch den chronischen, über Jahre sich hinziehenden Verlauf der Erkrankung, ferner durch die wirtschaftlichen Verhältnisse, die gebieterisch die Beschäftigung der Tuberkulösen fordern. Die strenge Durchführung der Maximen der Seuchenbekämpfung bleibt leider für die Tuberkulose ein unerfüllbares Postulat.

Bei der Verbreitung der Tuberkulose spielen die Wohnungsverhältnisse eine ausschlaggebende Rolle. Die sogenannten Tuberkulosenester, in denen ganze Familien erkranken, sind in erster Linie durch zu enge Wohnungsverhältnisse und durch Schmutz und Unreinlichkeit bedingt. Handelt es sich um eine Wohnung, die genügend Licht und Luft hat; ist die Hausfrau auf Sauberkeit und Ordnung bedacht und der Kranke vorsichtig mit seinen Auswurfstoffen, so läßt sich selbst in einer kleinen Wohnung, vorausgesetzt daß der Kranke allein schläft, die Gefahr der Ansteckung beherrschen. Umgekehrt wird in einer Wohnung mit wenig Licht und Luft und bei Unsauberkeit von seiten des Kranken und seiner Angehörigen die Infektionsgefahr hoch ansteigen. Von großem Interesse ist hier die Statistik Köhlers, der bei 1000 Heilstättenbesuchern die Schlafverhältnisse feststellte. Das Resultat war folgendes: Von 649 tuberkulösen Ehemännern schliefen 24,7 % allein, 59,8 % mit der Frau zusammen in einem Bette und 75,3 % teilten das Bett mit der Frau oder anderen Angehörigen. Unter den letzteren schliefen 9,8 % mit einem Kinde, 3,4 % mit der Frau und einem Kinde, 2,05 % mit 2 Kindern und einzelne mit Frau und 3 Kindern in einem Bett. Diese 649 verheirateten Ehemänner hatten 1866 Kinder; auch die unverheirateten schliefen zum Teil mit Geschwistern und anderen zusammen (24 %). Diese Statistik, die rheinische Arbeiter betrifft, trifft auch für unsere Städte zu. Bei einem Mietpreise von 8 bis 12 Mark pro Zimmer ist es selbstverständlich, daß eine Arbeiterfamilie, zumal eine kinderreiche, auf eine 1—2 Zimmerwohnung reflektieren muß. Ist aber erst die Arbeitsfähigkeit gebrochen und die Not eingekehrt, so müssen sie mit der billigsten und demgemäß auch der schlechtesten Wohnung vorlieb nehmen. Unter diesen Verhältnissen finden wir die oben genannten Tuberkulosenester und vollständig von der Schwindsucht durchseuchte Familien. Das Wort, daß die Tuberkulosefrage im wesentlichen eine Wohnungsfrage ist, ist daher durchaus berechtigt.

Im Jahre 1908 starben im Deutschen Reiche 87 000 Menschen an Tuberkulose, in Preußen bei 693 000 Sterbefällen 63 320 an Tuberkulose, d. i. zirka $^1/_{10}$ aller Gestorbenen oder auf je 10 000 Einwohner berechnet 16,4; im Regierungsbezirk Cöln bei 22 410 Sterbefällen 2281 an Tuberkulose, d. h. auf 10 000 Lebende 19,14 Tuberkulose-Sterbefälle. Der Regierungsbezirk Cöln überragt also die Durchschnittssterblichkeit an Tuberkulose um stark $^1/_6$.

Welch ein Verlust an Volksvermögen die Schwindsucht ist, die die Menschen meist in den besten Jahren dahin rafft, zeigt folgende einfache Rechnung Pütters:

Nimmt man an, daß jeder schwindsüchtige Erwachsene ein Jahr arbeitsunfähig ist und rechnet man das Jahresarbeitsverdienst nur auf 500 M., so ergibt sich, daß, wenn ein Mensch ein Jahr lang infolge der Tuberkulose arbeitsunfähig ist, 500 M. verloren gehen. Rechnet man hinzu, daß für Pflege und Behandlung ebenfalls rund 500 M. ausgegeben werden, so ergibt sich ein Verlust des Volkskapitals von 63 000 × 1000 M. = 63 000 000 M. für Preußen und für den Regierungsbezirk Cöln 2281 × 1000 M. = 2 281 000 M. Die Sätze für Arbeitsverlust und Pflege sind für die hiesigen Verhältnisse zu niedrig gegriffen, während anderseits zu berücksichtigen ist, daß nicht alle Tuberkulösen in verdienstfähigem Alter stehen. Immerhin muß man rechnen, daß $2^1/_2$—3 Millionen Mark Volkskapital im hiesigen Bezirk durch die Tuberkulose verschlungen werden.

Den großen Einfluß der Tuberkulose auf die Wehrkräftigkeit brauche ich nicht näher auszuführen. Neben der volkswirtschaftlichen Seite ist es vor allem, wie Pütter treffend sagt, die rein menschliche Seite, die uns zum Kampfe gegen die Tuberkulose auffordert. Die Tuberkulose

rafft den Menschen nicht am Ende des Lebens, wenn normalerweise die Lebensenergien erschöpft sind, dahin, sondern auf der Höhe der Arbeitskraft und Schaffensfreude; es gibt wohl kaum eine grausamere Krankheit als die Tuberkulose; sie beginnt schleichend und zehrt jahrelang an den Kräften des Erkrankten. Dieser wehrt sich zunächst gegen die Krankheit; er will nicht krank sein, er will arbeiten und doch wird er immer von neuem wieder niedergedrückt. Perioden des Wohlbefindens wechseln mit Perioden der Schwäche ab; allmählich wird der Kranke gezwungen, seinen Beruf aufzugeben, und nunmehr zieht, wenn es sich um die wirtschaftlich Schwachen handelt, die Armut im Hause ein. Die Familie gerät mit in Not; was aber das Schlimmste ist, wenn nach langem Siechtum der Erkrankte gestorben, hat er nur zu häufig auf seine Familienmitglieder, Frau und Kinder, den Keim der Krankheit übertragen. Nach wenigen Jahren wiederholt sich in der Familie das gleiche traurige Schicksal, ja, selbst ganze Familien sterben aus. Die Armenakten gewähren uns ein Bild, welche Fülle von Elend und Not, anderseits aber auch, welche Summen die Tuberkulose dem Armenbudget aufbürdet!

Der Neuzeit war es vorbehalten, den Kampf gegen die unheilvolle Krankheit mit allen Mitteln aufzunehmen. Seitdem Bremer und Dettweiler gezeigt, daß mittelst der physikal.-diätetischen Heilmethode die Anfangsstadien und selbst mittelschwere Stadien der Tuberkulose heilbar sind, seitdem vor allen Dingen die Landesversicherungsanstalten, an ihrer Spitze die unserer Provinz, in weitgehender Weise sich der Heilung und Bekämpfung der Tuberkulose angenommen haben, sind, abgesehen von Bädern und Privatanstalten, bereits 99 Volksheilstätten in Betrieb mit 11188 Betten; außerdem stehen in Privatanstalten ca. 2000 Betten zur Verfügung Minderbemittelter, so daß jährlich 52000 Kranke in ständige Heilbehandlung genommen werden können. Die Resultate sind recht erfreuliche, indem bis zu 60 % relative Heilungen, und 15 % Besserungen erzielt werden. Ferner bestehen 18 Heilstätten mit 810 Betten für tuberkulöse Kinder und 89 Anstalten mit 8000 Betten für skrophulöse oder von der Tuberkulose bedrohte Kinder zur Verfügung. Daneben sind 93 Walderholungsstätten in Betrieb. Alle diese Anstalten wirken neben dem Kurzweck auf die Belehrung und die Schulung der Kranken hin. Durch praktische Uebungen lernen diese dort nicht nur das gesundheitliche Verhalten, sondern auch zum Schutze ihrer eigenen und der Mitmenschen Gesundheit die sorgfältige Sammlung und Desinfektion der Auswurfstoffe kennen und nehmen diese Kenntnis mit nach Hause.

In den Heilstätten werden aber nur die Anfangsstadien der Tuberkulose behandelt. Man rechnet auf einen Sterbefall zirka 10 offene Tuberkulosen, das wäre für den hiesigen Bezirk zirka 23000 Fälle offener Tuberkulose. Diese Kranken, die oft jahrelang an ihrem Siechtum tragen, streuen Tag für Tag eine Menge Krankheitsgift aus. Soll nun eine wirksame Bekämpfung stattfinden, so ist zunächst erforderlich, daß die Bekämpfung der Krankheit hier, an ihrem Herd, in der Familie einsetzt, und zwar liegt der Kernpunkt der Tuberkulosebekämpfung in der Vorbeugung, in dem Schutze der noch gesunden Familienmitglieder, insbesondere der Kinder, weil diese am meisten für die Infektion empfänglich sind. Hier soll und muß die Fürsorge einsetzen, indem in jeder Familie mit Lungenkranken alle Maßnahmen getroffen werden, um das Krankheitsgift sofort unschädlich zu machen, die Uebertragung zu verhindern, dem Kranken zu helfen und sein Leiden nach Möglichkeit zu erleichtern. Vorbildlich waren in dieser Beziehung die Belgier und Franzosen durch Einrichtung der sogenannten Tuberkulose-Dispensaires, die in erster Linie nur die Verhütung der Ansteckung, die Desinfektion tuberkulöser Herde und durch individuelle gesundheitliche Belehrung die Bekämpfung der Tuberkulose anstrebten. In Deutschland haben auf dem Gebiet der Lungenfürsorge in erster Linie das deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose und die Landes-Versicherungsanstalten die Anregung für die Fürsorge Tuberkulöser gegeben, nachdem bereits mehrere Städte, wie Frankfurt a. M., Kassel, Halle, in gleichem Sinne gearbeitet hatten. Das Hauptverdienst, die Einrichtung von Fürsorgestellen in unserer Provinz angeregt zu haben, gebührt der Landesversicherungsanstalt, indem sie die interessierten Kreise auf diese Aufgabe aufmerksam machte und, was das wichtigste war, geldliche Beihilfe gewährte. Die Durchführung der Fürsorge erfordert eben Geld. Der Wunsch

des Kaiserpaares, daß anläßlich der silbernen Hochzeit gestiftete Gaben nur für wohltätige Zwecke verwendet werden sollten, ist der Tuberkulosebekämpfung sehr zugute gekommen. Eine größere Zahl von Gemeinwesen und edeldenkenden Menschen hat anläßlich dieses Festes größere Summen gestiftet. So verfügt z. B. der Stadtkreis Mülheim (Rhein) über die Zinsen einer Stiftung von 120000 M., der Landkreis über eine solche von 150000 M., die ausschließlich der Bekämpfung der Tuberkulose dienen.

In großzügiger Weise haben bei uns die Städte Cöln und Bonn die Lungenfürsorge eingerichtet. Cöln hat für diesen Zweck 85000 M. in den jährlichen Etat eingestellt, in den Krankenhäusern eine besondere Abteilung für Lungenkranke eingerichtet, die in Verbindung mit den Aerzten und den Krankenbesucherinnen arbeitet. Es hat eine eigene Heilstätte in Roßbach an der Sieg und eine Walderholungsstätte im Königsforste.

Vorzüglich ist auch die Organisation der Fürsorgestelle der Stadt Bonn unter der Leitung von Prof. Dr. Krause, des Direktors der medizinischen Universitätspoliklinik. Die Poliklinik führt — und das ist eine glückliche Verbindung — die gesamte armenärztliche Tätigkeit der Stadt Bonn. Dies hat den Vorzug, daß die armen und wenig bemittelten Tuberkulösen der Zentralstelle bekannt werden und daß auch deren häusliche Verhältnisse durch die Beobachtung genau ermittelt werden. Die Stadt Bonn hat 25000 M. jährlich in den Etat eingestellt. Hiervon werden ein Assistent, der das gesamte Material wissenschaftlich verarbeitet und den geschäftlichen Teil erledigt, besoldet und die Kosten der Fürsorge bestritten. In Verbindung mit der Fürsorgestelle arbeiten Fürsorgerinnen, die die Kranken ihres Bezirks besuchen und die Durchführung der gesundheitlichen Maßnahmen kontrollieren. Außerdem errichtet die Stadt Bonn jetzt eine Tageserholungsstätte für Lungenkranke.

Der Stadt Mülheim (Rhein) stehen die Zinsen von 120000 M. zur Verfügung. Die Verwaltung wird von einer Kommission geführt, der der Redner als Fürsorgearzt angehört. Die Organisation ist folgende:

Die Kranken werden von den Aerzten, der Armenverwaltung, den Kassenvorständen und dem Invalidenbureau der Fürsorgestelle überwiesen. Die Familien- und Wohnungsverhältnisse werden durch eine besonders ausgebildete Fürsorgeschwester festgestellt, die die regelmäßige Kontrolle der getroffenen Maßnahmen ausübt. Die Beratung findet im städtischen Krankenhause durch den Redner und seinen Assistenten statt. Ersterer übermittelt die ärztlichen Vorschläge der Kommission.

Viel schwieriger gestaltet sich die Fürsorge im Landkreise Mülheim (Rhein), weil die Verwaltung nur eine zentrale sein kann, während die Fürsorgetätigkeit eine lokale sein muß. Der Landkreis verfügt zu diesem Zwecke über [illegible] M. Zinsen. Damit nun die einzelnen Gemeinden ein Interesse an einer entsprechenden Verwendung dieses Geldes haben, ist es ihnen zur Pflicht gemacht, daß sie die Hälfte der für ihre Gemeindemitglieder aufgewandten Kosten ersetzen. Demnach stehen [illegible] M. zur Verfügung. Die Organisation ist folgende:

Die Aerzte, auf die sich allein die Organisation stützen kann, melden die Kranken, vertreten die Anträge in der Gemeindekommission und kontrollieren das Verhalten der Kranken bei Gelegenheit. Sämtliche Aerzte des Landkreises fungieren ehrenamtlich als Vertrauensärzte der Stiftung. Es besteht in jeder Bürgermeisterei eine Kommission, der neben dem Bürgermeister sämtliche Aerzte angehören, außerdem einige vom Gemeinderat gewählte Mitglieder. Diese Kommission hat die eingehenden Anträge zu prüfen. Als Unterlage für die Beurteilung der Anträge dienen ein ärztlicher und ein Verwaltungsfragebogen. Der erstere gibt Aufschluß über die Art der Erkrankung und enthält Vorschläge für die eventuell zu ergreifenden Maßnahmen, während der zweite die [illegible] und Wohnungsverhältnisse darlegt. Die Kommission gibt ihr [illegible] zu den Anträgen ab. Die Bewilligung ist einer Kreiskommission vorbehalten, die aus dem Landrat, zwei Kreisausschußmitgliedern und dem Kreisarzt besteht. Anträge auf Heilverfahren, die ein etwas eingehenderes [illegible] erfordern, wird eine [illegible] von 5 M. bezahlt. In zweifelhaften Fä-

eine Nachuntersuchung durch den Kreisarzt oder eine Beobachtung im Krankenhause statt.

In den ersten Jahren wurde, abgesehen von der gelegentlichen ärztlichen Kontrolle, die Kontrolle der Fürsorgekranken durch Krankenschwestern der einzelnen Krankenhäuser, die die ambulante Krankenpflege besorgen, bezw. durch Gemeindeschwestern vorgenommen. Dieser Kontrolldienst war mangelhaft. Es fehlte besonders eine genaue Information der Zentralinstanz. Deshalb wurde von seiten des Kreises ein Kreisfürsorger angestellt, und zwar ein Verwaltungsgehilfe, der in einer Lungenheilstätte ausgebildet und als Desinfektor amtlich geprüft ist. Er wird vom Kreise besoldet, wozu die Provinzialverwaltung einen jährlichen Zuschuß von 1000 M. gibt, und erledigt die Verwaltungsgeschäfte der Fürsorge auf dem Landratsamte. Er besucht die in Fürsorge stehenden Kranken, nachdem er vorher mit den behandelnden Aerzten Rücksprache genommen hat; instruiert die Kranken genau über die Desinfektion des Auswurfes, Behandlung der Zimmer, Betten und Wäsche und händigt ihnen das Tuberkulose-Merkblatt aus. Die Desinfektion ist nach Möglichkeit praktisch zu erläutern. Er führt ferner Zwischendesinfektionen aus (unentgeltlich). Ueber seine Wahrnehmungen und seine Tätigkeit macht er einen Aktenvermerk und erstattet dem Kreisarzt und dem Vorsitzenden der Kommission unter Vorlage der Akten Bericht. Er ist bei den Beratungen zugegen.

Neben dem Kreisfürsorger sollen in Zukunft in Verbindung mit den Aerzten der Gemeindekommission Kranken- und Gemeindeschwestern die Kontrolle monatlich ausüben, um durch stetige Einwirkung eine exakte Durchführung der Verhütungsmaßregeln zu sichern. Die Schwestern und Pflegerinnen sind besonders instruiert und führen über ihre Wahrnehmungen und Tätigkeit ein Kontrollbuch.

Die Fürsorge gewährt: Nahrungsmittel, fast ausschließlich Milch, Krankenpflegeartikel, Speibecher usw., Desinfektionsmittel, im Bedarfsfalle Betten, Zuschüsse zur Miete (zum Anmieten von Zimmern), Heilverfahren bei bedürftigen Personen, die nicht der Invalidenversicherung unterstehen, Unterbringung von Schwerkranken in den benachbarten Krankenhäusern, um den Kranken die Verbindung mit der Familie zu erhalten. Häufig geschieht dies in Verbindung mit der Landesversicherungsanstalt, indem letztere die Krankenhauskosten übernimmt und die Stiftung der Familie als Ersatz für die abgetretene Rente monatliche Zuschüsse in der Höhe von 8—10 M. gewährt. Ueber die Gesamttätigkeit geben die herumgereichten Uebersichten Aufschluß.

Die Fürsorge erstreckte sich im Jahre 1910 auf 302 tuberkulöse Personen mit insgesamt 1510 Familienangehörigen. Beschafft wurden 70 Betten, die teilweise den Erkrankten überlassen wurden. 32 Kranke machten ein Heilverfahren durch. Die Ausgaben betrugen 11598 M. (Eigenbericht.)

Diskussion:

Der Herr Regierungspräsident **dankt dem Vortragenden für seine Ausführungen. Wenn an vielen Stellen gegen die Tuberkulose vorgegangen werde, könne auch viel erreicht werden. Alle Kreise müßten nach ihren Kräften sich an dieser lohnenden Aufgabe beteiligen; freilich seien nur wenige in der glücklichen Lage wie der Landkreis Mülheim a. Rh., dem so reiche Mittel zur Verfügung ständen.**

Beigeordneter Dr. **Krautwig-Cöln: Wenn der Reg.-Bez. Cöln eine Tuberkulosesterblichkeit aufweist, die manche der anderen Bezirke übersteigt, so liegt dies nicht in der Tuberkulosesterbeziffer des Stadtbezirks Cöln, die hier nur 15,5 auf 10000 Lebende berechnet ausmacht. Eine besondere Schwierigkeit macht es der städtischen Lungenfürsorgestelle, das Gros der Tuberkulösen innerhalb der hiesigen Stadtbevölkerung festzustellen. Insbesondere hat sich hier die Maßnahme bewährt, daß sämtliche Hospitäler, auch die Privatanstalten, alle zur Aufnahme kommenden Tuberkulosekranken der Fürsorgestelle melden. Die Zahl der in Hospitäler aufgenommenen Tuberkulosekranken ist in Cöln in den letzten Jahren konstant gestiegen. 52 % der Tuberkulosefälle der Stadt ereigneten sich in Krankenhäusern. Die Ver-**

storbenen waren zumeist bereits wochen- und monatelang vorher in den Anstalten verpflegt worden. Als eine sehr zweckmäßige Einrichtung hat sich die Wohnungsdesinfektion bei Wohnungswechsel der Tuberkulosekranken aus der minderbemittelten Bevölkerung bewährt. Ueberhaupt ist das Hauptgewicht bei der ganzen Tuberkulosefürsorge auf die Wohnungsfrage zu legen. In Cöln werden für etwa 500 Familien von der Tuberkulosefürsorgestelle Wohnungsgeldzuschüsse gewährt, über 1000 Familien habe die Stadt z. Zt. in laufender Fürsorge. Es stehen dafür 94000 M. jährlich zur Verfügung. Es hat sich auch als notwendig erwiesen, direkte bare Unterstützung in Form von Wohnungsgeldzuschüssen zu gewähren. Ratschläge allein versprechen keinen dauernden Nutzen. Als Vertrauensärzte werden alle Aerzte zugezogen, eine Forderung des ärztlichen Vereins, aus der sich erhebliche Schwierigkeiten bisher nicht ergeben haben. Der behandelnde Arzt ist immer der beste Berater. Bei ärztlichen Vorschlägen besonders weitgehender Maßnahmen wird in der Regel eine Beobachtung im Hospital veranlaßt. Auch die Armenverwaltung unterstützt die Bestrebungen der Fürsorgestelle. Zu erstreben ist Schaffung eines großen Tuberkulosekrankenhauses für alle Formen, zumal für unheilbare Kranke. Zu bedauern ist, daß manche Landbewohner der besseren Erwerbsverhältnisse in der Stadt wegen den für sie gesunderen Landaufenthalt aufgeben.

Landrat v. Schlechtendahl-Mülheim a. Rh. bedauert ebenfalls die Landflucht der Tuberkulösen. Die Kranken sind in dieser Beziehung oft unbelehrbar. Die Fürsorgestelle des Landkreises Mülheim a. Rh. ist sehr weit gegangen und hat sogar Kranken, die nach Cöln verzogen waren, trotzdem weiter Beihülfen gewährt, z. B. Betten gestellt. Der Etat der Mülheimer Lungenfürsorgestelle für 1910 balanziert mit 25000 M. Einnahmen und Ausgaben. Darunter zu rechnen ist ein Zuschuß der Kreisverwaltung für den Kreisfürsorger, der gleichzeitig als Kreisdesinfektor tätig ist. Man muß das der Fürsorge zur Verfügung stehende Geld anwenden: 1) um die Ansteckung durch Schwerkranke zu verhindern, 2) um bei Erkrankten die Arbeitsfähigkeit zu erhalten, 3) um solche Personen ausfindig zu machen und ihnen zu helfen, die sich in Gefahr befinden, angesteckt zu werden oder eben den Keim der Schwindsucht aufgenommen haben. Unheilbare Kranke in die „Heime" der Landesversicherungsanstalt zu bringen, hält häufig sehr schwer; die Leute fühlen sich oft wie ausgestoßen und entbehren besonders das ihnen entzogene Rentengeld. Schon eher entschließen sich die Kranken zur Uebersiedlung in kleinere ländliche Krankenhäuser. Wenn eine Krankenhausaufnahme sich nicht ermöglichen ließ, hat die Fürsorgestelle dafür gesorgt, daß den Kranken ein besonderes Zimmer zur Verfügung gestellt werden konnte. Neben der Beschaffung besserer Wohnungen muß auch auf eine gute Ernährung (Darreichung von Fleisch und Milch in natura) Gewicht gelegt werden. Kranke im Anfangsstadium der Tuberkulose müssen auf- und ausgesucht werden. Die behandelnden Aerzte müßten in der Richtung mehr ihr Augenmerk auf die Familienmitglieder der Erkrankten lenken; auch die Gemeindekrankenpflegerinnen müßten das tun, ferner die Bürgermeister, Polizeidiener, kurz, es müßten alle dazu irgendwie geeignete Personen mithelfen.

Beigeordneter Dr. v. Gartzem-Bonn: In der Stadt Bonn ist die Sterbeziffer der Tuberkulose von 28‰ im Jahre 1902 auf 12‰ im Jahre 1910 zurückgegangen. Der Rückgang setzt unverkennbar ein mit der Errichtung der Lungenfürsorgestelle im Jahre 1904. Diese ist der medizinischen Klinik angegliedert. Armenpfleger und -pflegerinnen sind wichtige Mithelfer. Die Stadt Bonn hat anfangs 2000 M. im Jahr für die Fürsorgestelle aufgewendet, später bis 24000 M. Der Erfolg hat jedoch in den letzten Jahren eine geringere Inanspruchnahme der gemachten Aufwendungen verursacht, trotzdem in derselben Weise weiter gegangen wird wie früher. Geplant ist die Einrichtung von Tageserholungsstätten, um wenigstens tagsüber die Kranken von den Gesunden trennen zu können.

Landes-Med.-Rat Dr. Knepper-Düsseldorf: Die Landesversicherungsanstalt hat gerade der Tuberkulosefürsorge auf dem Lande großes Interesse entgegengebracht und ist bereit, derartige Einrichtungen unter folgenden Bedingungen zu unterstützen. Die Fürsorgestellen müssen die Gewähr

für längeren Fortbestand in sich tragen; die Kreise oder Gemeinden oder Vereine, die Fürsorgestellen einrichten, müssen in erster Linie bereit sein, das Unternehmen pekuniär zu unterstützen; der betreffende Kreis oder die Gemeinde müssen unterstützungsbedürftig sein. Ferner beansprucht die Landesversicherungsanstalt als Gegenleistung u. a., daß die Fürsorge in erster Linie den versicherten Personen zuzuwenden ist; daß die Versicherungsanstalt durch die Fürsorgestelle auf alle an Tuberkulose Erkrankten aufmerksam gemacht wird, damit sie bei Heilbaren ein Heilverfahren einleiten, bei Unheilbaren die Unterbringung in „Heimen" veranlassen kann; endlich, daß von der Fürsorgestelle eine Desinfektion in festgelegtem Umfange garantiert wird. Auch zur Ausbildung von weiblichen Krankenschwestern durch den kath. Charitasverein in Arenberg oder den evangel. Verein für Frauenhilfe in Barmen stellt die Landesversicherungsanstalt finanzielle Beihülfen zur Verfügung, wie sie sich auch für die Auswahl zur Krankenfürsorge geeigneter Personen interessiert, solche mit Geldmitteln unterstützt und ihnen zur Anschaffung ihrer Apparate und Lehrmittel Unterstützungen gewährt. Zu den neuerdings in Arenberg und Barmen für die ausgebildeten „Besucherinnen" und Pflegerinnen eingerichteten Nachkursen gibt die Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz erhebliche Beihülfen. Die Ausgaben der Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz für Heilverfahren für Tuberkulose haben im Jahre 1906 betragen ca. 1250000 M., im Jahre 1908: 1599000 M. Mit der Unterbringung unheilbarer Kranker in Konzentrationskrankenhäusern hat die Landesversicherungsanstalt bessere Erfahrungen gemacht, seitdem sie dazu übergegangen ist, diese Kranken in kleineren Krankenhäusern ländlichen Stils mit 6—15 Betten zu verpflegen. Sie hat zurzeit im ganzen etwa 400 unheilbare Tuberkulosekranke untergebracht. Auch die Fürsorgestellen unterstützt und fördert die Landesversicherungsanstalt in jeder Weise. Kurz und gut: allen auf die Bekämpfung der Tuberkulose gerichteten Bestrebungen, mögen sie von irgend einer Stelle ausgehen, widmet die Landesversicherungsanstalt ihr volles und ganzes Interesse und gibt für diese Bestrebungen, soweit ihr dies im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gestattet ist, größere oder geringere Beiträge.

Landrat Minten-Cöln: Im Landkreise Cöln beträgt im Jahre 1910 die Jahreszahl der Tuberkulosesterbefälle 112, zu 36 der Todesfälle anderer meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten. Dem Kreise steht zur Pflege Tuberkulöser ein Stiftungskapital von 4000 M. zur Verfügung. Es fehlt aber an Anträgen. Der Kreis übernimmt in Fällen, in denen eine Versicherungspflicht nicht besteht, die Hälfte der Kosten des Heilverfahrens, wenn die Gemeinde ebenfalls das Gleiche tut. Es geschieht dies, um nicht der Gemeinde die Armenlasten abzunehmen. Die Heilstättenbehandlung muß möglichst frühzeitig einsetzen, und müßte selbst bei noch nicht erkrankten jugendlichen Personen aus tuberkulösen Familien prophylaktisch zur Anwendung kommen. Der Redner verspricht sich von der Tätigkeit der Damen des Vaterländischen Frauenvereins und den zahlreichen Ordensschwestern des Kreises auf dem Gebiete der Tuberkulosefürsorge große Erfolge.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Rusak: Der Kampf gegen die Tuberkulose ist ein Krieg, der viel Geld kostet, und manchen Kreisen, besonders denen des bergischen Landes, mangelt es an Geld, so daß jede neue kostspielige Wohlfahrtseinrichtung bei den betreffenden Landräten große Bedenken horvorruft. Es ist deshalb erwünscht, daß die Landesversicherungsanstalt von vornherein gleich eine bestimmte Unterstützung in Aussicht stellen möge, außer den Summen von 300 M., die sie zur Ausbildung einer Krankenpflegerin, von 100 M., die sie zur Einrichtung und von 200 M., die sie zur Unterhaltung der Pflegestation zahle. Der Umstand, daß in jedem Kreise des Regierungsbezirks jetzt ein amtlicher Desinfektor angestellt sei, der gleichzeitig als Kreisfürsorger tätig sein kann, erleichtert schon die Einrichtung von Fürsorgestellen. Zudem sind in sämtlichen Kreisen Krankenpflegerinnen tätig, größtenteils Ordensschwestern, was um so wichtiger ist, als sämtliche Ordensgenossenschaften des Bezirks seit einiger Zeit dazu übergegangen sind, alle diejenigen Mitglieder, die in der Krankenpflege tätig sind, als staatlich geprüfte Krankenpflegerinnen ausbilden zu lassen. Besonders stark ist die Tuberkulose in den Kreisen Wipperfürth, Euskirchen und Waldbroel.

Landes-Med.-Rat Dr. Knepper: Die Landesversicherungsanstalt kann

nicht vorweg für jeden Kreis eine bestimmte Summe als Beihülfe festlegen Die Höhe der Summen richtet sich nach der Zahl der Personen, die aus dem Bezirk, für den die Fürsorge eingerichtet wird, der Versicherungsanstalt zur Last fallen, nach der Bedürftigkeit und noch anderen für jeden Einzelfall entscheidenden Gesichtspunkten.

Kreisarzt Dr. Stoffels-Wipperfürth: Die Tuberkulosefürsorge muß auf dem Lande anders organisiert werden als in der Stadt. Auf dem Lande ist es schwer, das nötige Geld zu beschaffen. Im Kreise Wipperfürth werden 600 Mark von den Gemeinden aufgebracht; dieselbe Summe zahlt die Landesversicherungsanstalt. Eine Zentralisierung ist der schwierigen Verkehrsverhältnisse wegen im Kreise ausgeschlossen. Es ist die Einrichtung getroffen, daß die Aerzte jeden Fall von Tuberkulose der Fürsorgestelle melden; der Arzt erhält für den gemeldeten Fall 1,50 M. Er füllt ein ganz kurzgefaßtes Formular aus, das an eine der besonders für Tuberkulosefürsorge ausgebildeten Krankenschwestern der Krankenanstalten geht. In jeder Krankenanstalt sind zwei Schwestern derartig ausgebildet. Gleichzeitig wird möglichst rasch eine Sputumuntersuchung durch die staatlichen Untersuchungsämter veranlaßt. Die Fürsorgeschwester orientiert sich an Ort und Stelle über die häuslichen Verhältnisse, besonders die Wohnungsverhältnisse und die Schlafgelegenheit. Alle 2—3 Monate muß die Fürsorgeschwester nach dem Erkrankten sehen. Der Hauptwert muß auf mündliche Belehrung gelegt werden, die um so eindringlicher wirkt, wenn die Schwester auch Nahrungs- und Stärkungsmittel mitbringt. Nach Möglichkeit wird für Krankenhausaufnahme der fortgeschrittenen Fälle gesorgt.

Privatdozent Dr. Selter-Bonn hebt noch besonders hervor, daß die Medizinaluntersuchungsstellen allgemein die Untersuchungen auf Tuberkulose kostenlos anstellen. Die Inanspruchnahme der Untersuchungsstellen lasse gleichwohl noch zu wünschen übrig.

Geh. Ober-Medizinalrat Prof. Dr. Kirchner: Die Frage der Tuberkulosefürsorge beschäftigt in hervorragender Weise die Zentralbehörde. Den Redner selbst hat seine langjährige Freundschaft mit Robert Koch in die Lage gebracht, Koch, dessen Interesse für die Tuberkulose durch vielfache gegen ihn gerichtete Angriffe etwas gelitten hatte, zur Wiederaufnahme seiner Tuberkuloseforschungen zu veranlassen. In der Tat hat sich Koch in den letzten Jahren, zumal seit seiner Entsendung als Vertreter des Deutschen Reiches zu dem internationalen Tuberkulosekongreß in Washington im Jahre 1908, wieder vorwiegend mit dieser Frage beschäftigt.

Die Tuberkulosebekämpfung hat in den früheren Jahren sich nicht in den Bahnen bewegt, die man vom bakteriologischen Standpunkte aus hätte fordern müssen. Koch selbst wollte damals, als er 1882 den Tuberkelbacillus entdeckt hatte, den Schwerpunkt der Bekämpfung auf bakteriologische Basis gelegt haben: der Erkrankte sollte abgesondert werden. Infolge des Tuberkulinstreites ist der Kampf von diesem Ziele abgewichen. Mitte der 90er Jahre trat die Lungenheilstättenbewegung in die Erscheinung. Koch und seine Schule standen diesen Bestrebungen mit einem gewissen Mißtrauen gegenüber. Der reelle Nutzen schien nicht groß genug; für die unheilbaren Kranken geschah nichts. Redner studierte die sozialen Einrichtungen zur Bekämpfung der Tuberkulose in Belgien und Frankreich. Es erfolgte dann im Jahre 1902 der Min.-Erlaß, betreffend die Errichtung von Lungenfürsorgestellen. Diese Anregungen fielen auf fruchtbaren Boden. Zur Zeit bestehen in Preußen zahlreiche Fürsorgestellen an verschiedenen Orten.

Wir können bei der Bekämpfung der Tuberkulose nicht soweit gehen, wie beim Aussatz, bei dessen Zurückgehen der große Erfolg durch völligen Ausschluß der Erkrankten aus der Gesellschaft erzielt worden ist. Aber wir müssen doch auch bei der Tuberkulose energischer vorgehen als bisher. Zwar sehen wir den Erfolg der getroffenen Maßnahmen in dem Zurückgehen der Tuberkulosesterblichkeit von 340 auf 100000 Lebende und das Jahr berechnet im Jahre 1875 auf 160 im Jahre 1910, d. i. in einer Abnahme um mehr als 50%. Aber diese absteigende Kurve ist in den letzten Jahren immer flacher geworden und fällt nicht weiter in der wünschenswerten Weise ab. Wir müssen unbedingt den ansteckungsfähigen Tuberkulosekranken

in solche Verhältnisse bringen, daß er seine gesunde Umgebung, für die er das Zentrum der Ansteckung ist, nicht anstecken kann. Man muß auch damit rechnen, daß in seiner Umgebung bereits Personen die Krankheitserreger aufgenommen haben, ohne schon Krankheitssymptome zu zeigen.

Diese Gedanken hat man auf Kochs und des Redners Veranlassung bei dem Vorgehen gegen die Tuberkulose im Kreise Hümling, einem kleinen Kreise in der Provinz Hannover, in die Tat umgesetzt, indem der Kultusminister hier die Tuberkulosebekämpfung im großen Maßstabe in die Wege hat leiten lassen. Dieser Kreis ist deshalb ausgewählt worden, weil er klein ist und weil er in ganz besonderem Maße durch die Tuberkulose heimgesucht wird. Von den verschiedensten Seiten wurden Mittel zur Verfügung gestellt. Drei Fürsorgestellen mit je einem Arzt und je einer Krankenschwester wurden errichtet; Prof. Jakob aus Berlin wurde zwecks systematischer Durchuntersuchung der Einwohner des Kreises entsandt. Sämtliche Kinder wurden mit Hilfe der Pirquetschen Methode untersucht. Besonderes Augenmerk wurde auf erkrankte Schulkinder gerichtet. Die obligatorische ärztliche Leichenschau wurde eingeführt. Ausgehend von den einzelnen Tuberkulosekranken wurden Wohnungslisten angelegt, es wurde rückwärts nach Zusammenhang mit anderen Fällen geforscht. So konnte festgestellt werden, daß in bestimmten Häusern immer wieder von neuem Tuberkuloseerkrankungen aufgetreten waren und daß gerade in den Familien, die unter den ungünstigen Wohnungsbedingungen lebten, die meisten Tuberkulosefälle vorgekommen waren. Als recht verderblich erwies sich die Einrichtung der eingebauten Wandbetten, sogenannte „Butzen". Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose stellte Geld zur Verfügung. Schulbäder wurden errichtet. Die Landesversicherungsanstalt Hannover lieh zu niederem Zinsfuße 500 000 Mark zum Umbau unhygienischer Wohnhäuser; ein Magnat übernahm die Kosten der Verzinsung dieser Summe auf die Dauer von 20 Jahren. Redner hofft, daß auf diese Weise der Kreis tuberkulosefrei werden wird und daß auf Grund der dortigen Erfahrungen und Erfolge auf ähnliche Weise im großen Lande vorgegangen werden kann.

Alle maßgebenden Faktoren müssen zu gemeinsamer Arbeit herangezogen werden. Vor allem muß auch für den kleinen Mittelstand gesorgt werden, dem noch nicht die Wohltaten der Versicherungsgesetze zufließen, wie kleine Beamte, Kaufleute, Handwerker, die oft durch Krankheit in namenloses Elend geraten.

Die Kontroverse zwischen Koch und Behring über die Identität des Tuberkulose- und Perlsuchterregers ist zu ungunsten Behrings entschieden worden, so daß wir mit der Gefährdung des Menschen durch perlsüchtige Tiere nicht mehr zu rechnen brauchen. Es war auch von vornherein unwahrscheinlich, daß Krankheiten mit so verschiedenartigen pathologisch-anatomischen Veränderungen durch denselben Erreger verursacht sein sollten.

Die Tuberkulose ist eine ausgesprochene Kinderkrankheit. Der Bruchteil der Sterbeziffer, der auf das Kindesalter fällt, ist enorm, besonders beim weiblichen Geschlechte. Die Kinder müssen frühzeitig über die Ansteckungsgefahr belehrt werden. Allen Bestrebungen, die auf die Errichtung von Walderholungsstätten, Waldschulen, Seehospizen und dergl. hinzielen, muß tatkräftige Unterstützung zu teil werden. In Schweden ist man soweit gegangen, gesunde Kinder aus tuberkulösen Familien herauszunehmen und in besonderen, zu diesem Zwecke errichteten Häusern unterzubringen.

Kreisarzt Med.-Rat Dr. Meerbeck-Mülheim a. Rh.: Hervorzuheben ist noch, daß bei der ganzen Tuberkulosefürsorge der Weg durch die Armenpflege möglichst zu vermeiden ist. Auch im Kreise Mülheim a. Rhein hat man den Eindruck gewonnen, daß das für Heilverfahren aufgewendete Geld nicht im rechten Verhältnis steht zu dem wirklich erreichten Erfolge. Ueberall, wo auf dem Lande ein Arzt ist, müßte eine Tuberkulosefürsorgestelle errichtet werden. Kreis, Gemeinde, Landes-Versicherungsanstalt und Wohltätigkeitsvereine müssen gemeinsam vorgehen.

Der Herr Regierungspräsident dankt den Rednern für das bekundete Interesse und insbesondere Herrn Geh. Ob.-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner für dessen interessante Ausführungen.

II. **Das Desinfektionswesen in Landkreisen.** Der Referent Kreisarzt Dr. Stoffels-Wipperfürht führte etwa Folgendes aus:

Auf Grund der im Gesetz betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und in den Ausführungsbestimmungen niedergelegten Anordnungen hat in den letzten 4—5 Jahren die Regelung des Desinfektionswesens im Bezirk rüstige Fortschritte gemacht. Wie eine Umfrage ergab, sind in allen Kreisen ausreichend amtlich ausgebildete Desinfektoren angestellt, die mit leistungsfähigen Apparaten für Formalindesinfektion ausgerüstet sind. Abgesehen von den Städten Cöln, Bonn und Mülheim a. Rh. sind in den Landkreisen des Bezirks 78 angestellte Desinfektoren mit Formalinapparaten in Tätigkeit. Mit einer Ausnahme stehen in allen Kreisen Dampfdesinfektionsapparate im Besitz von Kreisen, Gemeinden oder Krankenanstalten für öffentliche Desinfektionen zur Verfügung, im ganzen 20. Auf die Vermehrung der Dampfdesinfektionsapparate muß noch weiter hingearbeitet werden. Wo Gemeinde und Kreise nicht die Mittel zur Verfügung stellen können, gelingt es oft, die Gemeindekrankenhäuser, die im Bezirk meist in Verwaltung von Ordensgenossenschaften sich befinden, zur Anschaffung eines Dampfdesinfektionsapparates zu veranlassen, dessen Benutzung für alle polizeilich angeordneten Desinfektionen sichergestellt werden muß.

Bei der Durchführung der Desinfektion erheben sich Schwierigkeiten wegen der Kosten. Es wird darüber geklagt, daß die Desinfektionsmaßnahmen sehr unbeliebt seien und die Bevölkerung durch Verheimlichung der Krankheit passiven Widerstand leiste, wo sie die Kosten selbst tragen müsse. Diese Klagen werden erst verstummen, wenn die Desinfektion unentgeltlich erfolgt, wenigstens bei Personen bis zu einer Einkommengrenze von 1500—1800 Mark. Die Kosten müßten von den Gemeinden übernommen werden, wozu sich aber wohl nicht alle Gemeinden bereit erklären würden, da es sich um eine freiwillige Leistung handelt. Allerdings ist anzuerkennen, daß vielerorts im Bezirk die Desinfektion auf öffentliche Kosten geschieht, soweit Minderbemittelte in Frage kommen.

Es empfiehlt sich, nicht zu viel Desinfektoren anzustellen, damit sie ausreichend beschäftigt sind. Bei geringen und schwankenden Einnahmen kommt die Garantierung einer bestimmten Mindesteinnahme in Frage.

In der Gebührenordnung ist außer den Desinfektionen auch die Tätigkeit des Desinfektors bei den vom Kreisarzt angeordneten Kontrollbesuchen, Entnahme von Untersuchungsmaterial zu berücksichtigen. Event. ist der Desinfektor für diese Tätigkeiten bei der Festsetzung der Garantiesumme zu verpflichten.

Der Bezug der Chemikalien muß in der Weise geregelt sein, daß der Desinfektor in keiner Weise an dem Verbrauch interessiert ist. Die Verträge über Lieferung der Chemikalien sind unter Mitwirkung des Kreisarztes mit Apotheken oder renommierten Großgeschäften abzuschließen, da von der Beschaffenheit der Chemikalien der Erfolg der Desinfektion überhaupt abhängig ist.

Besondere Transportwagen für die Ueberführung des Desinfektionsgutes zum Dampfdesinfektionsapparat sind im allgemeinen auf dem Lande nicht notwendig. Bei jedem Dampfapparat sind aber eine entsprechende Menge von Hüllen zur Verpackung der desinfizierten Sachen bereitzuhalten, die von dem Desinfektor bei der Verpackung benutzt werden müssen.

Schwierigkeiten erheben sich bei der Feststellung des Zeitpunktes der Genesung. Es ist nicht möglich, sich auf die freiwillige Meldung des Haushaltungsvorstandes zu verlassen; dieser ist vielmehr besonders aufzufordern, sofort, nachdem der Arzt die Ansteckungsgefahr für erloschen erklärt hat, dem Desinfektor Nachricht zu geben. Die Aerzte haben im hiesigen Bezirk die Erlaubnis, die roten Meldebriefe für die Mitteilung zu benutzen, daß die Desinfektion nach Eintritt der Genesung vorgenommen werden kann.

Für die Ausführung der Desinfektion hat sich der Formalinapparat „Colonia“ bewährt; das Problem der Schaffung eines wirklich leicht transportabeln Desinfektionsapparates nebst Zubehör für ländliche Verhältnisse ist noch nicht gelöst.

Für die Dampfdesinfektiosapparate ist als Regel aufzustellen, daß die Benutzung zu erfolgen habe bei allen gemeingefährlichen Krankheiten und ferner bei den übertragbaren Krankheiten, bei denen eine tiefergehende Verschmutzung der Betten und Gebrauchsgegenstände anzunehmen ist, also bei Typhus, Ruhr, Lungentuberkulose mit starken Durchfällen, dann bei den resistenten Krankheitserregern von Milzbrand und Rotz.

Sowohl die Schlußdesinfektionen der Wohnungen wie die Desinfektionen im Dampfapparat sind von amtlich geprüften Desinfektoren auszuführen. Dieses gilt auch von den Krankenanstalten und der Bedienung der dort befindlichen Dampfdesinfektionsapparate, sofern nach Ansicht des Kreisarztes ein genügend ausgebildetes Desinfektionspersonal in den Anstalten nicht vorhanden ist. Die Bedienung eines Dampfdesinfektionsapparates ist so kompliziert, daß sie nur sachverständig ausgebildeten Leuten anvertraut werden kann.

Die Desinfektionsanweisungen legen den allergrößten Wert auf die Desinfektion während der Krankheit, die sogen. laufende Desinfektion am Krankenbett, deren Durchführung aber im allgemeinen noch zu wünschen übrig läßt. Bis jetzt sind im Bezirk aus jedem Krankenhaus mehrere Krankenschwestern in der laufenden Desinfektion in der Desinfektorenschule in Cöln ausgebildet worden, die schon jetzt im Krankenhaus sich betätigen können und deren Tätigkeit sich besonders dann von großem Wert erweisen wird, wenn es bei Ausbruch von Epidemien gilt, die Bevölkerung in der laufenden Desinfektion zu unterweisen und zu kontrollieren.

Die Ueberwachung der laufenden Desinfektion am Krankenbett durch Desinfektoren ist bei den Verhältnissen auf dem Lande zu kostspielig und nicht durchzuführen. Die meisten Polizeibehörden, die der Angelegenheit ihre Aufmerksamkeit zuwenden, haben sich damit geholfen, den Haushaltungsvorständen nach Meldung einer übertragbaren Krankheit eine ausführliche gedruckte Belehrung über die Desinfektionsmaßnahmen am Krankenbett gegen Empfangsbescheinigung auszuhändigen.

Die Anordnung und die Ueberwachung der laufenden Desinfektion ist z. Z. im wesentlichen Sache der behandelnden Aerzte, deren Mitwirkung nicht entbehrt werden kann. Ein gewissenhafter Arzt kann sehr viel für die Durchführung der laufenden Desinfektion tun. Es kommt alles darauf an, beim Arzte dieses Interesse zu wecken; das ist hauptsächlich Sache des klinischen Unterrichts und auch des Einflusses der ärztlichen Vereine.

Es wäre aber zu überlegen, ob nicht in irgend einer Weise mehr für die Durchführung der so wichtigen Maßnahme der laufenden Desinfektion geschehen könne. Das Beispiel der Tuberkulosebekämpfung gibt uns hier einen Fingerzeig. Die Besuche der Fürsorgeschwester, die Versorgung der Kranken mit Spucknäpfen bezwecken ja nichts anders, als eine Ueberwachung der laufenden Desinfektion bei dieser einen Krankheit. Es muß dahin gestrebt werden, die Fürsorgestellen fur Tuberkulöse weiter auszubauen, möglichst viel Fürsorgeschwestern in den Dienst dieser Einrichtung zu stellen. Dann wird es möglich sein, auch bei den anderen übertragbaren Krankheiten die Fürsorgeschwestern an das Krankenbett zu schicken, um die laufende Desinfektion zu zeigen und zu überwachen. Da Berufspflegerinnen nicht in genügender Menge zur Verfügung stehen, — Gemeindeschwestern gibt es im Bezirk kaum — so müssen die sogen. Krankenbesucherinnen auf dem Lande, die mit Unterstützung der Landesversicherungsanstalt in Arenberg bei Coblenz und in Barmen ausgebildet werden, in den Dienst der Fürsorgestellen gestellt werden. Diesen Ausbau der Fürsorgestellen zur Bekämpfung aller übertragbarer Krankheiten ist von der Landesversicherungsanstalt von vornherein vorgesehen, da die Unterstützung der Fürsorgestellen unter dem Titel: „Beihilfen zur Bekämpfung der Volkskrankheiten auf dem Lande" geschieht. Neben der Tuberkulose ist der Typhus namentlich genannt. Für diesen Ausbau der Fürsorgestellen würde aber nicht nur die Landesversicherung beisteuern müssen, sondern auch die Gemeinden und Kreise, da die Landesversicherung hiervon ihre Unterstützung grundsätzlich abhängig macht.

Als Desinfektionspersonal zur Reserve in Epidemiezeiten sollen nach Anregung des Zentralkomitees vom Roten Kreuz Mitglieder der Sanitäts-

kolonnen nach entsprechender Ausbildung in Desinfektorenschulen herangezogen werden. Diese Anordnung verdient in Orten mit regen Sanitätskolonnen alle Beachtung, da sich in den Kolonnen sicher genügend intelligente und interessierte Leute finden, die als Ersatzdesinfektoren brauchbar sein werden und die auch dazu beitragen können, die Desinfektionsmaßnahmen populär zu machen.

Ueberhaupt muß mehr und mehr dahin gearbeitet werden, die Bevölkerung über das Wesen der ansteckenden Krankheiten, die Grundzüge ihrer Bekämpfung und die Bedeutung der Desinfektion aufzuklären. Dieses ist eine dankbare Aufgabe für die landwirtschaftlichen Genossenschaften und die Leitung der landwirtschaftlichen Winterschulen; sie ist um so dringender, als das Land den Vorsprung, den es früher der Stadt gegenüber in gesundheitlicher Beziehung behauptete, im Laufe der Zeit verloren hat. Je mehr es gelingt, auf dem Lande die übertragbaren Krankheiten zu bekämpfen, und dazu bietet der Ausbau des Desinfektionswesens eine wirksame Waffe, umsomehr wird das Land seine wichtige Aufgabe im Staatsorganismus, für einen gesunden Bevölkerungsnachwuchs und Ueberschuß zu sorgen, erfüllen können. (Eigenbericht.)

Diskussion:

Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Rusak-Cöln: Bei der Anschaffung von Desinfektionsmitteln ist Vorsicht am Platze. In der Begründung zum Gesetz ist es den Gemeinden zur Pflicht gemacht, für die Anschaffung wirksamer Desinfektionsmittel zu sorgen. Redner erwähnt einen Fall, in dem in einem ländlichen Kreise eine Drogenhandlung längere Zeit hindurch sowohl die Formalin-, wie die Ammoniaklösung nur in der Hälfte der vorgeschriebenen Stärke geliefert habe. Die polizeiliche Beaufsichtigung der Drogenhandlungen kann sich nicht auf die Güte ihrer Mittel erstrecken. Es können deshalb nicht von vornherein alle aus Drogenhandlungen bezogenen Desinfektionsmittel für einwandfrei gehalten werden, zumal da die meisten Drogenhändler gar nicht imstande sind, die Mittel auf ihre Güte zu prüfen. Auf eine Anfrage von Geh. Rat Dr. Finkler-Bonn, der erwähnt, daß vor einigen Jahren eine systematisch durchgeführte Prüfung der Dampfdesinfektionsapparate des Bezirks Mängel in der Leistungsfähigkeit einzelner Apparate aufgedeckt habe, erwidert Geh. Rat Dr. Rusak, daß eine regelmäßige Kontrolle stattfinde und vor allem bei der Anschaffung behördlich geraten werde, erst nach erfolgreicher Prüfung die Kosten des Apparats zu bezahlen. Im ganzen Regierungsbezirk stehen jetzt Dampfdesinfektionsapparate in genügender Zahl zur Verfügung. Es ist nämlich bei vielen Krankenanstalten oder Ordensgenossenschaften gelungen, diese zu bewegen, gemeinsam mit den Gemeinden und unter deren finanzieller Beteiligung Desinfektionsapparate anzuschaffen und aufzustellen. Dadurch gestaltet sich auch die Schlußdesinfektion für diese Anstalten, die in der Regel ansteckende Kranke aufnehmen, billiger, weil sie so an Ort und Stelle vorgenommen werden kann. Von der Aufstellung einer allgemeinen Desinfektionsordnung ist im hiesigen Bezrk bisher noch Abstand genommen worden, da es zuviel Schwierigkeiten macht, eine einheitliche Desinfektionsordnung für alle Kreise zu schaffen. Einzelne Kreise haben freilich für sich Desinfektionsordnungen erlassen und Tarife für die Kreisdesinfektoren aufgestellt.

Landesmedizinalrat Dr. Knepper-Düsseldorf: Auch die Landes-Versicherungsanstalt beteiligt sich mittelbar an dem Ausbau des Desinfektionswesens, indem sie die Bewilligung der Zulagen für die Tuberkulosefürsorgestellen abhängig macht von der Bedingung, daß nach dem Herausschaffen von Tuberkulosekranken aus ihren Wohnungen, diese desinfiziert werden. In solchen Fällen würde die L.-V.-A. eventuell auch direkte Kosten übernehmen. Die Fürsorgeschwestern und Krankenpflegerinnen sollen auch in der Ausführung der Desinfektion ausgebildet werden.

Landrat Minten-Cöln bittet, das Protokoll der heutigen Verhandlungen nach Drucklegung tunlichst allen Landräten des Bezirks zukommen zu lassen, was der Herr Regierungspräsident zusagt. Dr. Lohmer-Cöln.

Bericht über die Herbstsitzung des Elsass-Lothringischen Medizinalbeamten-Vereins.

Sitzung am 13. Dezember 1910 in Strassburg i. E.

Der Vorsitzende, Regierungs- u. Geh. Medizinalrat Dr. Hecker, eröffnet die Sitzung nachmittags 4 Uhr in dem Saale des Hotel Pfeiffer in Straßburg. Anwesend sind außer dem Vorsitzenden die Herrn Dr.Dr. Anacker, Belin, Delunsch, Freund, Giß, Groß, Haag, Krimke, Kuhn, Levy, Meyer, Moßer, Müller-Herrings, Pawolleck, Pinders, Ransohoff, Sandner, Sorgius, Spiegel, Sültmann, Walcher, Winter.

Vor Eintritt in die Tagesordnung gedenkt der Vorsitzende des kürzlich verstorbenen Mitgliedes, Professor Dr. Forster. Zu Ehren seines Andenkens erheben sich die Anwesenden von ihren Plätzen.

1. **Geschäftliches.** Die Protokolle der Sitzungen vom 3. Juli und 14. Juli werden gutgeheißen.

Der ausscheidende Vorstand wird durch Akklamation wiedergewählt.

2. **Zur Frage der Bekämpfung des Alkoholismus in Elsass-Lothringen.**

Der Referent, Oberarzt Dr. Sandner-Rufach, will lediglich eine Reihe von Wünschen vortragen, deren Berechtigung er aus der durch mannigfache Beobachtung und Erfahrung gewonnenen Ueberzeugung ableitet, daß es der Bevölkerung Elsaß-Lothringens ganz besonders not tut, an das Problem der Alkoholfrage ernstlich und vorurteilslos heranzutreten. Die breite Masse vermag dieser Forderung aus eigener Kraft nicht nachzukommen, sie bedarf dazu vielmehr der fachmännischen Leitung und Führung, durch die ihr die wissenschaftlich erhärteten Grundlagen übermittelt werden, die der Bewegung gegen den Alkoholismus in seiner gröbsten und feinsten Gestaltung Inhalt und Berechtigung geben. Als erfreuliche Tatsache ist zu konstatieren, daß die Alkoholfrage im Lande bereits wachgerufen ist; notwendig ist vor allem eine Reihe von Lehrkräften, die sich die Aufgabe stellen, die einzelnen Kapitel des weitverzweigten Gebietes im öffentlichen Vortrag wie in der täglichen Kleinarbeit mit strenger Sachlichkeit zu behandeln. Die Antialkoholbewegung ist entstanden aus dem Pflichtgefühl gegenüber der Gesamtheit; je intensiver sich dieses regt, um so nachhaltiger wird der Eifer sein, an der Hebung der durch den Alkoholismus gefährdeten physischen, psychischen und materiellen Volksgesundheit mitzuarbeiten; dieser Eifer darf gegen Uebertreibung nicht blind machen. Die Antialkoholbewegung bedarf deshalb um ihrer selbst willen besonders Männer, denen die Schädigungen des Alkoholismus aus ihrer Berufsarbeit her durch direkten Einblick geläufig sind, deren Vorbildung eine Gewähr bietet für kritisches Verständnis und kritische Sichtung des Materials. Deshalb gehören die Aerzte mehr in die vordersten Reihen der Kampflinie gegen den Alkoholismus als dies bisher der Fall war.

Ueber die unbedingte Notwendigkeit eines derartigen Kampfes herrscht unter den Aerzten wohl Einverständnis. Der Kernpunkt der ganzen Alkoholfrage liegt in der rassenverderbenden, degenerativ wirkenden Einwirkung des Alkohols, in ihr berühren sich die Arbeitsgebiete des zu prophylaktischer Fürsorge sich verpflichtet fühlenden Arztes und des Sozialpolitikers, der der Gesamtheit möglichst hohe wirtschaftliche Werte abzugewinnen sucht.

Redner will eine eingehende Aufzählung der mancherlei nachteiligen Einflüsse des Alkohols auf den Ablauf der physiologischen Vorgänge im Körper unterlassen. Der verhängnisvolle Irrtum von der Erwärmung und Stärkung durch den Alkohol ist Schuld an den mancherlei die Gesundheit untergrabenden Gepflogenheiten; es kann deshalb nicht oft genug wiederholt werden, daß der Alkohol ganz im Gegenteil einen erheblichen Wärme-Kraftverlust bedingt, und daß demzufolge die Arbeitsfähigkeit eines unter Alkoholeinfluß stehenden Menschen weit geringer ist als die Durchschnittsleistung eines vom Alkohol unbeeinflußten Körpers. Schon einmalige geringe Dosen wirken nachteilig auf die normal-physiologischen Vorgänge im Organismus; kommt es zu einer chronischen Durchspülung des Körpers mit Alkohol, so entstehen die mannigfachen pathologischen Veränderungen und die erhöhte Empfänglichkeit für Infektionen in Verbindung mit einer geringeren Widerstandsfähigkeit. Dehnen sich alle

diese Symptome auf weite Volksschichten aus, so summieren sie sich und treten als soziale Schädigungen mit all ihren wirtschaftlichen Konsequenzen am Volkskörper in Erscheinung. Die vergleichenden Gegenüberstellungen der Ausgaben des deutschen Volkes für alkoholische Getränke mit denen für allgemein dienliche Zwecke, wie Bildung, Landesverteidigung sind ja bekannt; ihre zahlenmäßige Sprache wird am deutlichsten, wenn man die Tatsache in Erwägung zieht, daß in deutschen Arbeiterhaushalten und in den Familien kleinerer Bürger 10—25% des Gesamteinkommens für alkoholische Getränke verausgabt werden, während für Ernährung, Wohnung, Kleidung und für Bildungszwecke das Notwendigste nicht übrig bleibt. Die Folgen sind auf der einen Seite Unterernährung und die damit zusammenhängende Verminderung der Leistungs- und Widerstandsfähigkeit, auf der anderen Degeneration der kommenden Generation infolge des Alkoholelends ihrer Erzeuger. So wird der Schaden ein doppelter; es geht nicht nur ein Teil des ursprünglich gesunden Menschenmaterials vorzeitig physisch, psychisch und materiell zugrunde, sondern die minderwertig Gewordenen hinterlassen minderwertig Geborene, die dem gesunden, arbeitsfähigen Teil der Bevölkerung zur Last fallen. Alles das sind Tatsachen, die sich aus reichem einwandfreiem Beobachtungs- und Erfahrungsmaterial mit zwingender Notwendigkeit ergeben und in allen Ländern beobachtet werden; sie finden sich besonders überall da, wo Trinksitten und Unkenntnis den Genuß der alkoholischen Getränke fördern.

Das Vorhandensein eines ausgedehnten Alkoholismus in Elsaß-Lothringen wird niemand, sofern er mit den Verhältnissen nur einigermaßen vertraut ist, bestreiten wollen. Daß diese Tatsache nicht etwa erst neuerdings hervorgehoben wurde, daß sie viel weiter zurückreicht, als diejenigen gern glauben machen möchten, die in der Antialkoholbewegung eine Art hygienischen Modeartikels erblicken, das beweist die im Jahre 1903 erschienene Abhandlung von August Dietz, die unter dem Titel: „Der Alkoholismus in Elsaß-Lothringen an der Wende des 19. und 20. Jahrhunderts" die Zeit seit Ende der 70er Jahre eingehend behandelt. Schon um 1880 sind aus den Reihen der Landesausschußabgeordneten die lebhaftesten Klagen über die Alkoholnot, ganz besonders über die „Branntweinpest" laut geworden. Auf dem unterelsässischen Lehrertage wurde 1885 im Auftrage der Regierung die Frage erörtert, inwiefern die Schule zur Bekämpfung des Alkoholismus herangezogen werden könnte; gleichzeitig schrieb die Verwaltungsbehörde drei Preise aus für die besten, gegen den übermäßigen Alkoholgenuß gerichteten Volkserzählungen. Der im vergangenen Jahre ausgegebene Erlaß des Bezirkspräsidenten für das Ober-Elsaß, demzufolge vor 8 Uhr morgens kein Schnaps käuflich abgegeben werden sollte und gegen den sich eine lebhafte Protestbewegung geltend machte, hatte seinen Vorläufer in einer gleichen, um 1900 entstandenen Verfügung des damaligen Bezirkspräsidenten von Lothringen. Es ist bedauerlich, daß sich gegen derartige, dem Volkswohl wirklich dienende Maßnahmen Stimmen erheben; es beweist das nur, welche weitgehende Unkenntnis hinsichtlich der Alkoholgefahr besteht, obwohl bereits 1879 drei große Vereinsorganisationen des Landes Abhilfe gegen die zunehmende Alkoholnot forderten.

Auch von ärztlicher Seite ist im Lande auf die Folgen des Alkoholmißbrauchs mehrfach hingewiesen worden, z. B. von Stark im Archiv für öffentliche Gesundheitspflege in Elsaß-Lothringen (5. Bd. 1880) und durch seine Arbeit „Mitteilungen über die Trunksucht". Nach seinen Untersuchungen konnte bei 29,4% der in Stephansfeld verpflegten männlichen Kranken der persönliche Mißbrauch alkoholischer Getränke als ursächlicher Faktor ihrer geistigen Störung angesehen werden. Dabei war die Verhältnisziffer bei den Kranken aus Oberelsaß wesentlich höher als bei denen aus Unterelsaß (32,3 : 26,6%). Auch die von Stark mitgeteilten Aeußerungen aus Berichten von Kreis- und Kantonalärzten enthalten die gleiche Klage über die erschreckenden Folgen des Alkoholismus, insbesondere aber des Branntweingenusses; vor allem werden die verheerenden Wirkungen des Fuselschnapses hervorgehoben. Nach den Erfahrungen des Referenten ist es darin bis heute zum mindesten nicht besser geworden, vor allem was den Schnapsgenuß anbetrifft; er hat noch keinen unter den an Psychosen erkrankten

Alkoholikern gefunden, der nicht auch Schnaps neben dem Uebermaß sonstiger alkoholischer Getränke zu sich führte.

Infolge der Arbeit von Stark hat damals der Aerztlich-hygienische Verein aus seiner Mitte eine Kommission gewählt, die geeignete Maßnahmen gegen die zunehmende Ausbreitung der Trinkunsitten in Vorschlag bringen sollte. Die von ihr im Jahre 1881 gemachten Vorschläge waren umfassender Natur, sie haben aber leider nicht zu einem gemeinsamen zielbewußten Handeln der Aerzteschaft geführt. Hoffentlich werde die heutige Anregung nachhaltigere Früchte zeitigen.

Manchen Einblick in die Verhältnisse gewähren auch die Berichte der Geistlichen, namentlich liegen aus den Reihen der evangelischen Geistlichen Aeußerungen vor, die alle lebhafte Klage über die Trunksucht führen und vor allem das Umsichgreifen des Branntweingenusses betonen. In dem gesamten Erfahrungsmaterial fällt somit die durchweg wiederkehrende Klage über die Zunahme des Schnapsverbrauches auf; Dietz bezeichnet daher den Alkoholismus in Elsaß-Lothringen im wesentlichen als Schnapspest und bringt dafür einige Unterlagen. Die früher zu den Seltenheiten gehörenden Schnapsschänken, in denen ausschließlich oder vorwiegend Branntwein verzapft wird, sind jetzt in Massen über das Land hin verbreitet. In einem Orte mit 1962 Einwohnern konnten sich 20 Branntweinschänken halten; in einem lothringischen Dorf von 370 Einwohnern sind von einem Wirt wöchentlich 4—5 Hektoliter Branntwein verkauft. Nach einer Feststellung des Präsidenten des Metzer Schankvereins (Elsässer Journal, 13. Juli 1889) befanden sich in Metz 5 Wirtschaften, die einen Wochenabsatz von 600—700 Liter Branntwein aufweisen konnten. Gerade der gewöhnliche, stark fuselhaltige Branntwein ist aber weitaus gefährlicher als alle anderen Arten alkoholischer Getränke; der Grund hierfür liegt neben dem stärkeren Alkoholgehalt überhaupt in der wesentlich höheren Giftigkeit der Fuselöle, der sogenannten hochwertigen Alkohole, gegenüber dem gewöhnlichen Aethylalkohol; außerdem ist natürlich zu bedenken, daß die fuselhaltigen Branntweine um billiges Geld zu haben sind, daher mehr getrunken werden, und daß in ihnen um wenig Geld viel Alkohol geboten wird. Gegenüber der von anderer Seite vertretenen Ansicht, daß die Alkoholfrage in Elsaß-Lothringen in der Hauptsache als eine Weinund in zweiter Linie als eine Bierfrage zu betrachten sei, betont Referent, daß nach seinen Beobachtungen in Elsaß-Lothringen der Schnapskonsum als ursächlicher Faktor der körperlichen und geistigen Folgeerscheinungen des Alkoholismus Bier und Wein weit überragt.

Erwägt man nun gerade vom ärztlichen Standpunkte, daß der Alkohol die Existenzbedingungen der Menschen verschlechtert und daß er durch seine Wirkung als intensives Keimgift die kommende Generation gefährdet, so dürfen wir uns nicht darauf beschränken, den Kranken zu behandeln, wenn ihm der Alkohol bereits Wunden geschlagen hat, sondern müssen vielmehr dahin streben, den Eintritt des kommenden Alkoholelends zu verhüten. Gelingt es von diesem Gesichtspunkte aus, Aufklärung zu verbreiten und so durch sachliche Belehrung den Konsum einzuschränken, so verringern sich mit dem Rückgange der Alkoholschädigungen die schweren wirtschaftlichen Begleiterscheinungen von selbst. Den Aerzten muß deshalb die Alkoholfrage in Elsaß-Lothringen im wesentlichen eine Schnapsfrage sein.

Unter den Ursachen der großen Ausbreitung des Alkoholismus in Elsaß-Lothringen nennt Dietz alle diejenigen Faktoren, die als begünstigende Momente überhaupt bekannt sind: ererbte Anlage, unglückliche Familienverhältnisse, schlechte wirtschaftliche Lage, unbefriedigende Wohnungsverhältnisse, mangelhafte Ernährung und zu große Zahl der Wirtschaften (1900 entfiel in Elsaß-Lothringen auf 198 Seelen eine Wirtschaft). Auch schlechte Weinernten begünstigen eine Steigerung des Branntweingenusses, der außerdem neben den gesundheitlich nachteiligen Folgen in volkswirtschaftlicher Hinsicht die unerfreuliche Erscheinung des Geldabflusses nach außerhalb der Landesgrenzen bedingt, da der fuselhaltige Schnaps zum großen Teil nicht in Elsaß-Lothringen produziert wird.

Hinsichtlich der Aufklärungsarbeit scheinen sich die Verhältnisse in Elsaß-Lothringen neuerdings im günstigen Sinne zu verschieben. Es

wirken jetzt eine Reihe von Vereinen, die teils die völlige Enthaltsamkeit, teils die strenge Mäßigkeit als ihr Ziel ansehen. Aelteren Datums ist der in letzter Zeit wieder mit besonderem Nachdruck betonte Hinweis auf die Notwendigkeit eines elsaß-lothringischen Trinkerasyls, neueren Datums die Gründung des elsaß-lothringischen Verbandes für Trinkerfürsorge, der eine erfreulich günstige Entwicklung zeigt. Eine besondere Form der Aufklärung stellen ferner die vor etwa 10 Jahren ins Leben gerufenen öffentlichen Kurse zum Studium der Alkoholfrage dar. Wo sie abgehalten wurden, erfreuten sie sich des regsten Zuspruchs; der in Elsaß-Lothringen vor kurzem abgehaltene Kursus übertraf an Besucherzahl alle im Deutschen Reiche bisher abgehaltenen gleichartigen Veranstaltungen; außerdem bot er insofern eine vordem noch nicht beobachtete Erscheinung, als an seinem Zustandekommen alle alkoholischen Organisationen beteiligt waren.

Wem es ernst ist mit dem Wunsche einer gedeihlichen Fortentwicklung der Bevölkerung, dem muß die Erhaltung des nun wachgerufenen Interesses als eine unerläßliche Verpflichtung erscheinen. Der Kampf gegen den Alkoholismus ist notwendig zum Wohle des Volksganzen und daher sollte auch jeder im Volke ein Mitkämpfer sein. Redner wendet sich damit der Frage zu: Welche Stellung hat insbesondere der Arzt hinsichtlich der Bekämpfung des Alkoholismus in Elsaß-Lothringen einzunehmen?

In ihrem innersten Kern bleibt die Alkoholfrage ein medizinisch-wissenschaftliches Problem, insofern die Grundlage alles aus dem Alkoholismus entstehenden Uebels letzten Endes in der verderblichen Wirkung des Alkohols auf die Zellelemente zu suchen ist; daher sind, wie dies ein Blick in die Geschichte der Antialkoholbewegung beweist, dieser von jeher die bewährtesten und zielbewußtesten Vorkämpfer aus den Reihen der Aerzte entstanden. Sie bedarf der Aerzte unbedingt; so viele Berufszweige sonst noch — wie etwa der Lehrerstand — in die vorderste Reihe gehören, die Position des Arztes ist ihnen allen gegenüber doppelt wertvoll, da sie von zwei Seiten aus zu operieren gestattet: der Arzt kann Autorität sein, weil die Alkoholfrage im Innersten medizinischen Charakter trägt, und er kann Lehrer sein, weil ihm sein täglicher Beruf Demonstrationsmaterial und Schüler zugleich zur Verfügung stellt. Diese Stellung des Arztes trägt Pflichten auf, die einen besonderen Nachdruck dann finden, wenn ihm in der Eigenschaft als staatlich bestelltem Arzt das gesundheitliche Wohl der Bevölkerung und das Wohl der kommenden Generation doppelt angelegen sein muß. Referent hält es daher für eine Pflicht des Elsaß-Lothringischen Medizinalbeamtenvereins in diesem Problem eine unzweideutige Stellung einzunehmen, wie dies vom Deutschen Medizinalbeamtenverein auf der vorjährigen Versammlung in Jena bereits geschehen ist. Diese unzweideutige Stellungnahme zur Alkoholfrage darf sich aber nicht auf die übliche Resolution beschränken, sondern fordert ein werktätiges Schaffen. Die Aufgabe des Vereins würde demzufolge in zwei Teile zerfallen: er hätte einmal die Zentrale zu sein für Anregungen, die im Interesse eines zielbewußten Vorgehens gegen die Alkoholschädigungen liegen; anderseits müßte er die Sammelstelle für die aus den Reihen der Kollegen kommenden Mitteilungen darstellen. Sobald sich der Verein für die Notwendigkeit einer Stellungnahme ausgesprochen hat, wäre aus der Reihe der Mitglieder ein permanentes Komitee zu wählen; dessen Aufgabe zunächst in der Aufstellung eines alljährlich neu zu redigierenden Merkblattes bestände. Dieses Merkblatt müßte in einem auf die Wichtigkeit der Sache hinweisenden Anschreiben alljährlich an alle Vereinsmitglieder, womöglich aber auch an alle sonstigen Kollegen des Landes versandt werden mit der Bitte, gelegentlich ihre Erfahrungen einzutragen; nach Ablauf des Jahres wäre das Blatt wieder einzufordern, worauf das Komitee das eingegangene Material sichtet und über das Resultat der Erhebungen jeweils auf der Sommerversammlung des Vereins berichtet. Der große Wert dieser Methode besteht darin, daß der Verein eine fortlaufende praktische Betätigung bekommt, daß das Interesse an der Alkoholfrage bei den Kollegen geweckt und wach erhalten wird, und daß sich ein Beobachtungs- und [illegible]fahrungsmaterial ansammelt, das der Verein gelegentlich als Jahres[illegible] über den Umfang des Alkoholismus und dessen Bekämpfung in Elsaß-Lo[illegible]

gen veröffentlichen könnte. Die Opfer des Vereins und des Einzelnen sind gering, der tatsächliche Gewinn aber groß. Referent bespricht hierauf die einzelnen Punkte, die auf dem Merkblatt zur besonderen Beobachtung empfohlen werden sollen. Sie betreffen teils die Erfahrungen über werktätige Bekämpfung teils solche über Alkoholschädigungen.

Hinsichtlich der Erfahrungen über werktägige Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs müßte das Merkblatt etwa folgende Fragen enthalten:

Sind im Laufe der Zeit in Ihrem Wirkungskreis irgendwelche Vorschläge zur Bekämpfung des Alkoholismus gemacht worden, die praktisch durchführbar erscheinen und Aussicht auf Erfolg versprechen? — Von wem? — Wer kommt für Einrichtung und Mitarbeit in Frage? — Bestehen Kleinkinderschulen, Kinderheime, Kinderhorte? — Wie ist deren Besuch? — Bestehen Schulsparkassen? Enthält die Schulbibliothek belehrende und aufklärende Literatur über den Alkoholismus? — Sind Veranstaltungen für Spiel und Sport getroffen? — Können Kinder in Ferienkolonien geschickt werden? — Existieren Ledigenheime, billige Badegelegenheiten? — Werden Volksvorträge, Volkskonzerte veranstaltet? — Bestehen Asyle und Fremdenherbergen? Werden dort alkoholische Getränke abgegeben? — Wie sind die Wohnungsverhältnisse der Arbeiterbevölkerung? — Sind Koch- und Haushaltungsschulen vorhanden? — Speisehallen und Volksküchen? — Dürfen alkoholische Getränke mit zu den Arbeitsstellen gebracht werden? — Werden in den Kantinen auf Arbeitsstellen alkoholische Getränke abgegeben? — Werden in staatlichen, gemeindlichen oder privaten Betrieben Limonade oder sonstige alkoholfreie Getränke abgegeben? — Bestehen Kaffeehallen? — Was ist über den Alkoholgenuß der Kinder in Ihrem Bezirk bekannt? — Sind Internate in Ihrem Wirkungskreis und werden in diesen alkoholische Getränke an die Zöglinge abgegeben? — Gibt die öffentliche Armenpflege Unterstützungen in bar? — Wie steht es damit bei der privaten Wohltätigkeit, insbesondere bei Vereinen? — Bestehen alkoholgegnerische Vereine und welche? — Ist eine Trinkerfürsorgestelle vorhanden? — Existiert eine Ortsgruppe des Schutzengelbundes oder sind sonstige Jugendorganisationen vorhanden? —

Betreffs der **Erfahrungen über Alkoholschädigungen** empfehle sich etwa folgende Fragestellung:

Waren Einweisungen in Trinkerheilstätten notwendig? — Kamen sie zur Ausführung? — Wenn nicht, warum? — Waren Einweisungen in Irrenanstalten zu veranlassen wegen Geistesstörungen auf Grund von Alkoholismus? — Was ist Ihnen über die Belastung der Krankenkassen durch Trunksuchtsfolgen bekannt geworden? — Was konnten Sie über die Zahl der schwachsinnigen Kinder beobachten? — oder über epileptische Kinder? — Ist bei diesen Trunksucht seitens der Eltern nachzuweisen? — Haben Sie Beobachtungen machen können über akute und chronische Schädigungen von Kindern durch alkoholische Getränke? — Ist in Ihrer Gegend die Sitte verbreitet, den Kindern Schnaps, Wein oder Bier in den Schnuller zu geben oder erhalten Kinder ein mit Schnaps getränktes Brot mit auf den Schulweg? — Was ist Ihnen bekannt über den Schnapsgenuß am Morgen an Stelle von Kaffee oder Suppe? — Haben Dienstboten auf ein bestimmtes Quantum alkoholischer Getränke Anspruch? — Ist Ihnen etwas über die Belastung der öffentlichen Armenpflege durch den Alkoholismus bekannt geworden? — Was konnten Sie über die Verteilung der Unfälle, der Körperverletzungen auf die einzelnen Wochentage beobachten? — Was konnten Sie in Ihrer gerichtsärztlichen Tätigkeit hinsichtlich der Alkoholeinwirkung beobachten? — Konnten Sie Beziehungen zwischen Alkoholgenuß und Sterblichkeit, Krankheiten, insbesonders Tuberkulose, feststellen? — Wie ist es mit der Verbreitung von Wirtshäusern und insbesondere der Schnapsschänken bestellt? — Bestehen Hausbrennereien? —

Referent betont schließlich, daß diese Fragen in der vorgetragenen Form keineswegs den Anspruch auf Vollständigkeit oder gar übersichtliche [illegible]dnung machen, sondern nur einen Hinweis auf die Fülle der Gesichts- [illegible]darstellen sollen, über die auf dem vorgeschlagenen Wege authentisches [illegible]rial zu erhalten wäre.

Gerade dem Arzt wird die Alkoholnot durch seinen Beruf tagaus tagein vor die Augen geführt; wer aber diese Erkenntnis besitzt, der kann sich der Forderung nach Gegenmaßregeln nicht mehr entziehen. Für den weiteren Verlauf der Antialkoholbewegung und einer in den Grenzen der Objektivität sich haltenden Propaganda ist es deshalb außerst wertvoll, wenn gerade die in amtlichen Stellen tätigen Aerzte ihre Mitarbeit nicht versagen würden. Falls die von ihm vorgeschlagene Methode die Zustimmung finden sollte, würde man allmählich zu einer Art topographischer Landesaufnahme über den Alkoholismus und die Antialkoholbewegung in Elsaß-Lothringen kommen, aus der für die Zukunft des ganzen Landes wie für das Wohl seiner Bevölkerung nur Ersprießliches erwachsen könnte.

Nach einer längeren Diskussion, in der namentlich Herr Sanitätsrat Ransohoff, Direktor der Bezirks-Irrenanstalt Stephansfeld, seine bezüglichen Erfahrungen mitteilt, wurde eine Kommission, bestehend aus den Herren Sandner, Kuhn, Krimke ernannt, die das zur Bekämpfung der Trunksucht geeignet erscheinende Material bearbeiten soll, um es der Verwaltungsbehörde zu überreichen, und die auch die Aerzte im allgemeinen zur Mitarbeit heranziehen soll.

III. Einige von Herrn Med.-Rat Dr. Walcher zur Besprechung angemeldeten Punkte konnten, der vorgerückten Zeit wegen, nicht mehr erledigt werden. Ihre Durchberatung wurde auf die nächste Sitzung verschoben.

IV. Von Herrn Dr. Belin, Kreis- und Stadtarzt in Straßburg, wurde eine Anfrage gestellt betreffs der **Mindestforderung an die Sehkraft von Führern von Kraftwagen.** Da, wie die Diskussion ergibt, die Sache recht ungleichmäßig gehandhabt wird, wird es für wünschenswert erachtet, einen die Angelegenheit allgemein und gleichmäßig regelnden Ministerial-Erlaß zu erbitten.

Sitzung am 2. Juli 1911 im Bürgermeisteramte der Stadt Strassburg.

Anwesend: Belin, Delunsch, Dreyfuß-Mülhausen, Eyles, Hecker, Höffel, Holtzmann, Köster, Krimke, Kuhn, Levy, Meyer-Oberehnheim, Meyer-Saarburg, Pawolleck, Schäche, Spiegel, Spiegel jun., Walcher; als Gast: Dr. Feser.

I. **Vorlesung des Protokolls der letzten Sitzung.** Im Anschluß an die Genehmigung des Protokolls der letzten Sitzung wird von dem Vorsitzenden ein von Herrn Dr. Sandner verfaßter Fragebogen verlesen, der behufs Sammlung des zur Bekämpfung der Trunksucht nötigen Materials an sämtliche Aerzte des Landes versandt werden soll. Uebereinstimmend wird der Fragebogen für zu lang befunden; außerdem wird bemängelt, daß manche Fragen von den Aerzten nicht beantwortet werden können und daß sie besser von den Bürgermeisterämtern beantwortet würden. Der einer Durcharbeitung zu unterwerfende und unter allen Umständen zu vereinfachende Fragebogen soll allen Mitgliedern des Medizinalbeamtenvereins vorher zugeschickt werden, damit bei einer weiteren Besprechung sich jeder vorher ein klares Bild von den Vorschlägen machen kann.

II. **Gebührenerhebung der Kreisärzte.** Med.-Rat Dr. Walcher wünscht eine Aenderung der durch die unvollkommene Einrichtung der ganzen kreisärztlichen Institution gegebenen Verhältnisse, die den Kreisarzt gewissermaßen zwingen, in reinen Privatangelegenheiten oder in Dingen, die nicht ein staatliches, sondern kommunales Interesse betreffen, unentgeltlich tätig zu sein und umsonst Zeugnisse auszustellen oder Gutachten abzugeben.

Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Pawolleck, der die Berechtigung der geäußerten Wünsche anerkennt, äußert sich dahin, daß nur durch eine gründliche Reform Abhülfe geschafft werden könne, nämlich durch ein Kreisarztgesetz, in dessen Nebengesetz die Gebühren geregelt werden. Bis dahin müsse man sich gedulden.

Geh. Med.-Rat Dr. Höffel ist der Ansicht, daß bis zu einer solchen Regelung wohl noch einige Jahre vergehen werden; inzwischen sollten aber die gegenwärtigen Fragen in bestimmter Weise gelöst werden.

Kreisarzt Dr. Meyer-Saarburg erwähnt, daß die behufs Umgrabung von Leichen verlangten Begutachtungen als private Angelegenheiten zu betrachten und demgemäß von den Interessenten zu honorieren sind.

Reg.- u. Med.-Rat Dr. Holtzmann hält es für das Richtige, daß die Kreisärzte die Kreisdirektionen ersuchen, den betreffenden Antragstellern dahingehende Anweisung zu geben, sich auf ihre Kosten beim Kreisarzte das Zeugnis zu beschaffen.

III. Ueber **Komplementbindung als serodiagnostische Methode.** Vortragender Dr. Feser-Straßburg:

Alle Serodiagnostik besteht in dem Nachweis eines unbekannten Antikörpers durch ein bekanntes Antigen oder eines unbekannten Antigens durch einen bekannten Antikörper. Die allgemeinste Methode ist die Komplementbindung, sie ist aber gleichzeitig technisch schwierig und zeitraubend; auch ihre Resultate wollen recht vorsichtig mit genauer Berücksichtigung zahlreicher Kontrollen bewertet sein. Theoretisch ist die Darlegung ihrer Entwickelung und ihres Wesens deshalb so dankbar, weil diese Schilderung uns mitten in das Gebiet der Immunitätsreaktionen hineinführt und einen beherrschenden Ausblick über das ganze Gebiet eröffnet.

Meine Aufgabe kann es in diesem Vortrage nur sein, Hauptpunkte hervorzuheben und die großen Verbindungsstriche zu ziehen; technisch und theoretisch sehr wichtige Details werden wir übergehen müssen.

Das Studium der Immunitätsfragen nahm seinen viel bewunderten Aufschwung, als man anfing, Eiweiß den Versuchstieren, Kaninchen, Meerschweinchen etc. nicht enteral, sondern parenteral mittels der Pravaspritze in das Unterhautzellgewebe, in die Bauchhöhle oder direkt ins Blut, in die Venen, einzuverleiben. Dadurch umging man die Schutzvorrichtungen, die ganze Eiweißraffinerie des Magendarmkanals, der bekanntlich das körperfremde Eiweis erst abbaut, zerlegt und dann aus diesen Bausteinen das dem Organismus entsprechende, körperähnliche, assimilationsfähige Eiweiß wieder aufbaut. Auf dem parenteralen Wege dagegen ist dieser ganze kunstvolle Mechanismus, dessen Zweckdienlichkeit erst durch das Studium der uns beschäftigenden Immunitätserscheinungen eigentlich voll erkannt wurde, ausgeschaltet; die Millionen von lebenden Zellen eines Organismus werden durch die fremden Eiweißstoffe in der umspülenden Nährflüssigkeit unmittelbar und aufs stärkste gereizt. In diesem Zustande der Reizung produziert die lebende Körperzelle, wie man gefunden hat, Gegenstoffe gegen den Fremdstoff, und zwar gegen einen bestimmten Eiweißkörper als Fremdstoff einen ganz bestimmten nur mit diesem in Wechselwirkung tretenden Gegenstoff; diese Gegenstoffe das sind die Antikörper, Immunkörper Rezeptoren; sie sind im Blute oder dem Serum eines mit fremden Eiweiß gespritzten Tieres vorhanden, so daß sie in dem Serum für Experimente an anderen Tieren oder im Reagenzglas zu bequemer Verfügung sind. Einen Antikörper aus dem Serum rein darzustellen, ist noch nicht gelungen, so wenig wie die Reindarstellung eines Ferments, mit denen sie große Aehnlichkeit haben. Was die Bildung der Antikörper veranlaßt, das fremde eingespritzte Eiweis, ob nun geformt oder ungeformt, tierisches oder pflanzliches Eiweis: Serum, Milch, Bacterium, Spermatozoen, Epithelialzellen, Turmorzellen nennt man mit einem allgemeinen Namen Antigen.

Das Zusammentreffen einer Antigenlösung und eines den entsprechenden Antikörper enthaltenen Serums äußert sich in dem Eintreten einer ganz bestimmten Reaktion im Reagenzglase. Um an Bekanntes zu erinnern, zeige ich hier die Agglutination von Typhusbazillen durch das entsprechende Immunserum, hier die Präzipitation an der Berührungsfläche von Pferdeeiweißlösung und Antipferdeeiweißserum, und zuletzt die Agglutination roter Hammelblutkörperchen durch ein von dem mit roten Hammelblutkörperchen gespritzten Kaninchen gewonnenes Anti- oder Ambozeptorserum.

Diese Reaktionen lassen sich wie chemische Reaktionen auf einen Kalkul oder eine Gleichung bringen und zwar auf eine ganz einfache Gleichung, mit einer Unbekannten also: $a + x = R$. Unbekannt kann entweder das Antigen oder der Antikörper sein. Gibt z. B. ein Eiweißauszug aus einem Blutflecken (x) mit einem bekannten Antiserum (a) (sagen wir Menschenantiserum)

eine Präzipitation (B), so haben wir einen Flecken von Menschenblut vor uns. Unbekannt, gesucht war die Natur des Blutfleckens, das Antigen. Gibt ein Serum eines Fieberkranken (x) mit Typhusbazillen (a) eine Agglutination (b), so dürfen wir annehmen, daß der Patient typhuskrank ist. Unbekannt gesucht war der Antikörper in dem Serum des Patienten.

Dieser gewiß einfache Kalkul liegt allen Methoden der Serodiagnostik zugrunde, also auch der Komplementbindungsmethode.

Bevor wir aber dazu übergehen, müssen wir uns noch einen Fundamentalvorgang der Immunitätserscheinungen näher bekannt machen:

Agglutination von Bazillen, Blutkörperchen, Präzipitation von Eiweißarten durch Immun- oder Antisera stellen Fällungserscheinungen dar: Aggregierungen von feinsten Teilchen zu Haufen. Diese Wirkung der Antisera kann ich in ihr direktes Gegenteil verwandeln, wenn ich dem Antiserum einen an sich ganz harmlosen Stoff zusetze, das frische Serum eines normalen nicht irgendwie vorbehandelten Tieres, gewöhnlich des Meerschweinchens. Dieses frische Normalserum nennen wir Komplement. Fügen wir zu dem Gemisch Cholerabazillen und Choleraimmunserum nun Komplement, so verschwindet das Agglutinationsphänomen und die Mischung ist nicht mehr flockig, sondern ganz gleichmäßig homogen. Bringen wir einen Tropfen unter das Mikroskop, so finden wir keine Bazillen mehr, sie sind aufgelöst. Fügen wir zu dem Präzipität (Pferdeserum-Pferdeantiserum) Komplement, so werden wir äußerlich nichts Auffälliges sehen, aber trotzdem erfolgt eine Eiweisspaltung dadurch, die sich sofort nachweisen läßt, wenn man das mit Komplement versetzte Präzipitat einem Meerschweinchen einspritzte. Das Tierchen verfällt sofort in starke Krämpfe und verendet in wenigen Sekunden. Aus dem Präzipität hat sich durch das Komplement ein Giftstoff abgespaltet, der das Tierchen tötete, das Anaphylatoxin: der Reaktionskörper also, der allen Erscheinungen der Anaphylaxie, dieser anfangs so rätselhaften Erscheinung, zugrunde liegt.

Diese eigenartige Wirkung des Komplements, als des Faktors, der Lyse, Spaltung von Antigen bedingt, wurde beim Studium der Bakteriolyse entdeckt. Bekanntlich fand R. Pfeiffer, daß Choleravibrionen mit Immunserum einem Meerschweinchen in die Bauchhöhle einverleibt, daselbst in wenigen Stunden aufgelöst werden. Dieser Versuch, der Pfeiffersche Versuch, muß noch heute bei der erstmaligen Feststellung eines Cholerafalles ausgeführt werden. Den bakteriolytischen Zerfall der Choleravibrionen suchte man nun auch außerhalb des lebenden Organismus im Reagensglas zu erreichen. Die Erfolge waren sehr schwankend; die Auflösung der Bazillen gelang einmal, so und so vielemale aber wieder gar nicht; und zwar gelang sie am besten mit ganz frisch dem Tiere entnommenen Immunserum. War das Serum einige Tage nur alt, war es auch schon völlig inaktiv. Da kam Bordet auf den Gedanken, dem alten Immunserum frisches Normalserum jeweils zuzusetzen und siehe, es gelang die Bakteriolyse in jedem Fall: das alte inaktive Immunserum war bakteriolytisch reaktiviert worden; damit war der Vorgang der Bakteriolyse experimentell festgestellt.

Komplement müssen wir auch hinzufügen, wenn wir statt Agglutination der Blutkörperchen Hämolyse erhalten wollen. Sie sehen, wie auf Zusatz vom Komplement aus der undurchsichtigen Deckfarbe eine durchsichtige Lackfarbe geworden ist. Bei ihrer leichten Veranschaulichkeit bildet diese Reaktion ein dankbares Studienobjekt, das auch wir etwas näher betrachten müssen.

Das Antigen sind also gewaschene Hammelblutkörperchen, d. h. durch wiederholtes Zentrifugieren mit jeweils erneuter physiologischer Kochsalzlösung von Serumresten befreite Blutkörperchen. Das Immunserum wurde von einem Kaninchen gewonnen, das mit gewaschenen Blutkörperchen intraperitoneal oder intravenös gespritzt war. Es ist inaktiviert, d. h. von Komplement befreit, durch Erwärmen auf 56° im Thermostaten eine halbe Stunde lang. Komplement ist wieder jeweils frisch gewonnenes Serum eines Meerschweinchens. Wie diese 3 Faktoren zusammenwirken, darüber sollen uns 2 Experimente belehren:

Gibt man Blutkörperchen und Immunserum zusammen, so erhalten wir, wie schon geschildert, eine Agglutination: wird nun zentrifugiert

und die abzentrifugierte Flüssigkeit auf ihre Agglutinationsfähigkeit oder hämolytische Kraft untersucht, so ist beiderlei Wirkung aus der Flüssigkeit verschwunden. Die abzentrifugierten Blutkörperchen lösen sich dagegen sofort bei Zusatz von Komplement auf. Die Blutkörperchen hatten sich also mit dem wirksamen Bestandteil aus dem Immunserum beladen, ihn daraus entfernt; wir bezeichnen sie als sensibilisierte Blutkörperchen.

Gibt man anderseits Blutkörperchen und Komplement zusammen und zentrifugiert, so bleibt das Komplement in der abzentrifugierten Flüssigkeit völlig erhalten; die Blutkörperchen sind so intakt und unverändert, als hätten wir physiologische Kochsalzlösung zugesetzt.

Aus diesen einfachen Versuchen geht hervor, daß der wirksame Bestandteil des Immunserums an das Antigen, die roten Blutkörperchen gebunden ist, sie sensibilisiert für die Einwirkung des Komplements. Das Komplement bedarf eines Zwischenkörpers, um seine lytische Wirkung zur Erscheinung zu bringen. Diesen Körper, der nach der einen Seite an das Antigen, nach der anderen Seite an das Komplement sich verankert, nennt man Ambozeptor; er ist also in dem für ein Antigen spezifischen Immunserum enthalten, das deshalb auch Ambozeptorserum heißt.

Diesem merkwürdigen Zusammenwirken zweier an sich inaktiven Substanzen zu einem Endeffekt begegnete man bei dem Studium der Fermentwirkungen schon öfters; ich erinnere nur an die Aktivierung des Trypsinogens an Trypsin durch die Enterokinase.

Das Ambozeptorserum wirkt schon in ganz starken Verdünnungen. Es ist nun sehr wichtig, die unterste Wirkungsgrenze, eine Komplement-Ambozeptorverbindung, jeweils kennen zu lernen. Diese bestimmt man in dem Vorversuch der Titrierung oder Dosierung des hämolytischen Systems: Blutkörperchens - Ambozeptor - Komplement. Findet man, daß etwa $^1/_4$ Kubikmillimeter (0,00025 ccm) Ambozeptorserum noch eben vollständig löst zusammen mit $^1/_{10}$ ccm Komplement (0,1 ccm), so ist es Regel, das Ambozeptorserum in der doppelten Stärke zu nehmen, also in dem angenommenen Fall statt des $^1/_4$ cbmm $^1/_2$ cbmm; die wirksame Stärke des Komplements ist gewöhnlich $^1/_{10}$ cbcm.

Nachdem so die Rolle des Komplements bei der Bakteriolyse Hämolyse erkannt war, ergab sich als nächste Frage: Gibt es für Bakteriolyse etwa ein eigenes Komplement, für Hämolyse ein eigenes, wie es etwa einen Typhusambozeptor, Choleraambozeptor oder hämolytischen Ambozeptor gibt. Die theoretischen Ansichten gingen weit durcheinander, bis wiederum Bordet die Sache durch einen Versuch entschied. Dieser Versuch ist von prinzipieller Wichtigkeit; denn er stellt nichts weniger dar als eben die Komplementbindungsmethode:

Bringen wir ein Antigen, etwa Cholerabazillen mit Choleraimmunserum zusammen und setzen Komplement zu, so wird, wie wir ja wissen, Komplement aufgebraucht. Die Frage ist nun: Ist alles Komplement aufgebraucht oder ist nur ein für Choleravibrionen und Choleraimmunserum entsprechender Anteil verschwunden, so daß ein wirksamer Rest für ein hämolytisches System: — Hammelblutkörperchen — entsprechendes Immunserum — übrig geblieben ist? Um das zu entscheiden, braucht man nur das genannte hämolytische System zuzusetzen; ist Komplement vorhanden, dann wird dieses System eben komplettiert, aktiviert und Hämolyse tritt ein, das zugesetzte Blut wird durchsichtig lackfarben; ist kein Komplement mehr vorhanden, dann bleibt die deckfarbene Blutfarbe vorhanden.

Nun bleibt die Hämolyse in dem angenommenen Fall aus, also ist alles Komplement gebunden worden; zweierlei Komplemente anzunehmen, ist also nicht angängig. Die Frage nach der Anzahl der Verschiedenartigkeit der Komplemente war somit im unitarischen Sinne entschieden.

Hier in diesem Falle banden, verbrauchten also Choleravibrionen — Choleraimmunserum - Komplement, Hämolyse blieb aus. Mischen wir dagegen Cholerabazillen und etwa Typhus- oder Dysenterieimmunserum, dann wird, da Antigen und Antikörper sich nicht entsprechen, kein Komplement

gebunden, bleibt also für das nachträglich zugesetzte hämolytische System verfügbar: Hämolyse tritt ein.

Um es nochmals ganz kurz auszudrücken und gegenüberzustellen, so entspricht:

Komplement gebunden = Ausbleiben, Hemmung der Hämolyse,
Komplement frei = Eintritt der Hämolyse.

Und ferner: Komplement wird gebunden: wenn Antigen und Antikörper sich entsprechen, ineinander passen.

Wir stehen also auch hier wieder vor dem ganz einfachen serodiagnostischen Kalkul a + x = R. Die Reaktion (R) ist hier aber keine sichtbare Agglutination oder Präzipitation, sondern ein an sich unsichtbarer Vorgang, ist Komplementbindung bezw. Nichtbindung. Ob nun Komplement frei oder gebunden in der Lösung vorhanden ist, das nachzuweisen brauchen wir einen Farben-Indikator; so etwa wie man nachweist, ob eine Lösung sauer oder alkalisch ist, freie H- oder OH-Ionen erhält, durch Zusatz von Phenolphthalein oder eines anderen Farbstoffes.

Mit dem Ausbau der Methode fand man, daß nicht nur Bazillen als Antigen verwendet werden können, sondern auch gelöstes, ungeformtes Eiweis, Bakterienextrakte. Ja Wassermann-Bruck fanden bei ihren Tuberkulosestudien mittels der Komplementbindungsmethode, daß man auch Organextrakte als Antigen verwerten könne, und somit bei nicht züchtbaren Erregern aus den von ihnen am meisten geschädigten Organen ein statt der Erreger als Antigen verwenbarer Extrakt sich gewinnen ließ.

So schritten diese Autoren dazu, aus einer syphilitischen Leber einen wässerigen Auszug herzustellen und mit diesen Antigen Sera oder Spinalflüssigkeit syphilitischer Patienten auf einen Antikörper, der Komplement bindet, zu prüfen. Der Erfolg war eklatant; denn in allen Fällen wo Syphilis klinisch manifest war, trat Komplemententbindung ein, so daß die Wassermannsche Methode binnen kurzem einen Weltruf errang, als die sicherste Methode der Syphilisdiagnostik, auch in den Fällen, wo eine manifeste Syphilis nicht mehr nachzuweisen war, die Vermutung aber nahe lag, daß früher einmal Lues bestanden hat.

Die Technik der Methode zu schildern würde zu weit führen; sie ist kompliziert, fordert die Anlegung vieler Kontrollen, geübte Untersucher und große Exaktheit, so daß sie als Sprechstundendiagnostikum des praktischen Arztes nicht anwendbar ist. Es sind zwar viele Vereinfachungen angegeben; aber je vereinfachter die Methode, um so unzuverlässiger ihre Resultate. Es wird daher mit Recht betont, daß nur Zentralinstitute mit geschulten Kräften und Erfahrung Resultate, die wirklich dem Arzt in seiner Diagnose (und wohl jeder Arzt weiß wie weittragend und verantwortungsvoll eine Syphilisdiagnose immer ist) ein Stütze sein können, gewährleistet. Dazu kommt, daß die theoretischen Anschauungen über das Zustandekommen der Komplementbindung bei der Wassermannschen Methode eine ganz umstürzende Revision durchmachen, wonach die ganze schöne Hypothese, die immerhin zur Auffindung des Phänomens geführt hat, in sich zusammenfällt. Denn nicht um eine spezifische Ambozeptor-Komplementwirkung scheint es sich zu handeln, sondern vielmehr um eine mechanische Komplementadsorption bei dem Zusammentreffen eines bestimmten Antigens mit luetischem Serum. Es tritt eine Fällung ein, bei der das Komplement mitgerissen und chemisch-physikalisch gebunden, adsorbiert wird, so daß freies Komplement für das hämolytische System, den Indikator auf freies Komplement, nicht mehr vorhanden ist und die Hämolyse somit ebenfalls ausbleibt.

Mag also die Spezifität der Reaktion nicht mehr aufrecht zu erhalten sein, als eine für Syphilis charakterische Reaktion wird sie von allen Autoren angesehen und ist sie in der Hand geübter mit allen Kautelen arbeitender Untersucher auch zweifellos. Doch möchte ich als neuestes Ergebnis in diesem Zusammenhang nicht verschweigen, daß eine Veröffentlichung von kompetenter Seite gegenwärtig vorliegt, nach der in 85 histologisch festgestellten Karzinomfällen, in denen klinisch und anamnestisch Lues auszuschließen war, 35 davon einen positiven Wassermann ergaben. Von 10 Sarkomfällen ergaben 6 positiven Wassermann.

Außerdem wird die Komplementbindungsmethode noch angewendet zur Differenzierung verschiedener Eiweissorten; doch ist ihr die mit ihr konkurrierende Methode nach Uhlenhuth, die Präzipitationsmethode, an Einfachheit der Ausführung und Eindeutigkeit der Resultate überlegen.

Sehr wertvolle Dienste hingegen leistet die Methode noch in der Diagnose der Echinokokkenerkrankungen. Als Antigen dient die Zystenflüssigkeit der Schafechinokokken; bringt man dieses Antigen mit dem Serum des Kranken zusammen, so erfolgt, wenn er Echinokokken beherbergt, eine Komplementbindung. Die Sicherheit der so gewonnenen Diagnose ist nach den vorliegenden Statistiken eine sehr große.

Damit haben wir in Kürze die Theorie und praktische Anwendung der Komplementbindung, ihren serodiagnostischen Kalkul kennen gelernt. Wenn ich auch die Einwände der Kritik der Methode erörterte, so geschah es vor allem auch, um nicht den Eindruck zu erwecken, daß nun mit einem positiven Wassermann allein eine Syphilisdiagnose über allen Zweifel gesichert sei. Der Ausfall einer Blutuntersuchung auf Wassermann ist ein Zeichen für oder gegen Syphilis lediglich im Zusammenhang mit den anderen Symptomen, die der Kranke bietet. Das Schlußurteil ergibt sich für den praktischen Arzt aus der Würdigung des Laboratoriumsbefundes zusammen mit den übrigen klinischen Erscheinungen. Und damit die Blutuntersuchung zuverlässig sei, muß sie von geübten Untersuchern an entsprechend eingerichteten Zentralinstituten vorgenommen werden. (Eigenbericht.)

IV. Verschiedenes. Der Vorsitzende, H. Geh. Med.-Rat Dr. Hecker, teilt mit, daß der Medizinalbeamtenverein zur Zeit 44 Mitglieder hat.

Neu eingetreten sind die Herren:

Dr. Bastian, Kantonalarzt-Fegersheim, Dr. Dreyfuß-Gebweiler, Dr. Dreyfuß-Mülhausen, Dr. Hamm, Assistent der Frauenklinik in Straßburg, Dr. Meyer, Kantonalarzt-Oberehnheim, Dr. Spiegel jun.-Gebweiler, Dr. Stephan-Mülhausen, Dr. Sutter, Kantonalarzt-St. Avold, Dr. Uhry-Saargemünd, Dr. Usemann-Straßburg, Dr. Weber, Kantonalarzt-Weißenburg.

Die nächste Sitzung im Winterhalbjahr soll in Rücksicht auf diejenigen Herren, die zugleich Bahnärzte sind, an einem Dienstag stattfinden.

Dr. Hecker-Straßburg (Els.)

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. IX.

Bericht über die 10. Jahresversammlung des Württ. Med.-Beamtenvereins am Sonntag, den 14. Mai 1911 im Vortragssaale des K. Medizinalkollegiums zu Stuttgart.

Anwesend waren als Gäste: Präsident v. Nestle und Ministerialrat Friedel; weiterhin 47 Mitglieder: Andrassy-Böblingen, Baur-Blaubeuren, Bilfinger-Neckarsulm, Breit, Cless, Köstlin, v. Rembold, Scheurlen u. Walz-Stuttgart, Bubenhofer-Vaihingen a. E., Drachter-Crailsheim, Finckh-Tettnang, Föhr-Marbach, Gaupp-Schorndorf, Georgii-Geislingen, Gnant-Ellwangen, Haag-Heilbronn, Härlin-Neuenbürg, Haffner-Langenburg, Heller-Backnang, Herrmann-Sulz, Kern-Künzelsau, Krauss-Kirchheim u. T., Kurrer-Horb, Lang-Besigheim, Lieb-Freudenstadt, Ludwig-Leonberg, Luib-Mergentheim, Maisch-Oehringen, Mayer-Münsingen, Muntsch-Neresheim, Palmer-Biberach, Paulus-Heidenheim, Pfäfflin-Urach, Pfeilsticker-Gmünd, Romberg-Nürtingen, Scheef-Rottenburg, Schmid-Brackenheim, Schnekenburger-Tuttlingen, Schott-Stetten i. R., Seeger-Welzheim, Späth und Votteler-Esslingen, Staudenmayer-Ludwigsburg, Steinbrück-Reutlingen, Süßkind-Hall und Weißenrieder-Maulbronn.

I. **Geschäftliches.** Der Vorsitzende, Ob.-Med.-Rat Dr. Köstlin begrüßt zunächst die Versammlung, namentlich die beiden Gäste, Präsident v. Nestle und Ministerialrat Friedel und dankt diesen für ihr Erscheinen, dem ersteren noch besonders dafür, daß er dem Verein gestattet habe, die heutige Versammlung in dem schönen neuen Heim des K. Medizinalkollegiums abzuhalten. Er erinnert dann daran, daß nunmehr 10 Jahre seit Gründung des Württ. Medizinalbeamtenvereins vergangen seien und gibt eine kurze Schilderung der Tätigkeit des Vereins während dieses Zeitraums. Weitaus den größten Raum dieser Tätigkeit hat die Beratung wirtschaftlicher und standesrechtlicher Fragen eingenommen, unter diesen wiederum in erster Linie die Dienst- und Gehaltsverhältnisse der Oberamtsärzte, die den Verein wiederholt, zunächst 1904, sodann noch in den Jahren 1907, 1909 u. 1910 beschäftigt haben und von ihm einer eingehenden Erörterung unterzogen sind. Anläßlich dieser verschiedenen Beratungen sind im Laufe der Jahre auch wiederholt Eingaben an das K. Medizinalkollegium und an das K. Ministerium des Innern eingereicht worden, in denen der Verein seine Ansichten und Wünsche betreffend die Neuorganisation unseres Standes zum Ausdruck gebracht hat. Im Jahre 1909 hat der Verein seine Wünsche dem Herrn Ministerpräsidenten und dem Herrn Minister des Innern außerdem mündlich durch eine dreigliedrige Kommission zum Ausdruck bringen lassen.

Die ebenfalls mit der Dienststellung im engen Anschluß stehende Schularztfrage ist im Jahre 1905 vom Standpunkt des Medizinalbeamten besprochen; als dritte Standesfrage ist die einer zeitgemäßen Aenderung der K. Verordnung, betr. die Gebühren für amtliche Verrichtungen vom 17. März 1899, im Jahre 1908 eingehend beraten.

Außer diesen rein wirtschaftlichen und standesrechtlichen Fragen sind im Verein aber auch wissenschaftliche Fragen in vorzüglichen Vorträgen behandelt, die von dem Vortragenden einzeln aufgeführt werden.

Ueberblickt man diese kurze Darstellung der Vereinstätigkeit, so muß wohl zugegeben werden, daß der Verein nach Kräften bestrebt gewesen ist, den Aufgaben, die er sich bei seiner Gründung gestellt hat, gerecht zu werden, vor allem hat er es auch in der Verfechtung seiner Standesinteressen an der nötigen Rührigkeit gewiß nicht fehlen lassen; Redner betont dies ganz besonders deshalb, weil in den letzten Jahren wiederholt Stimmen laut geworden sind von Kollegen, die geglaubt haben, die Tätigkeit des Vereins in dieser Hinsicht als eine mehr oder weniger nutz- und zwecklose bezeichnen zu sollen, weil es trotz unserer Bestrebungen mit der Neuorganisation unseres Standes so lange nicht hat vorwärts gehen wollen. Die betreffenden Herren haben

dabei aber den Einfluß, den der Verein in dieser Hinsicht naturgemäß ausüben kann, entschieden weit überschätzt; eine so durchgreifende Standesorganisation, wie die bevorstehende, hängt eben nicht allein von den Wünschen und Forderungen eines Vereins von Standesgenossen ab, sondern in weit höherem Maße von den allgemeinen Verhältnissen, unter denen sie sich zu vollziehen hat, sowie von der Bereitwilligkeit der Regierung und der Landstände, also von einer Anzahl von Faktoren, auf die die Amtsärzte selbst eine direkte Einwirkung unmöglich ausüben können. Jedenfalls sei aber bei der Regelung der bevorstehenden Neuorganisation die Stimme des Vereins doch nicht ungehört verhallt; desgleichen habe man den berechtigten Wünschen der Medizinalbeamten nach Tunlichkeit Rechnung getragen. Hoffentlich werde dies auch weiterhin geschehen.

Redner kommt dann auf den derzeitigen Stand der Neuorganisationsangelegenheit zu sprechen.

Der der Regierung vorgelegte Gesetzentwurf über die Dienst- und Gehaltsverhältnisse der Oberamtsärzte ist von der Kammer der Abgeordneten gleich zu Anfang der diesjährigen Kammersession beraten und dann einer Kommission überwiesen worden, die aber leider bis heute noch nicht zusammengetreten ist und deren Zusammentritt vor nächsten Herbst auch nicht zu erwarten ist. Unter diesen Umständen wird das Gesetz vor Ende dieses Jahres kaum verabschiedet werden können, vielleicht wird es sogar erst im Anfang nächsten Jahres geschehen; dann werden die Würfel aber sicher fallen. Wie diese fallen werden, das wisse man freilich nicht; jedenfalls hat der Verein aber seine Pflicht getan. Weitere Schritte, namentlich weitere Eingaben an die Kammer usw. sind jetzt nutzlos, dagegen bleibt es den einzelnen Vereinsmitgliedern unbenommen, ihre speziellen Wünsche ihnen bekannten Abgeordneten zur Kenntnis zu bringen. Im übrigen möchte Redner aber nicht unterlassen, an dieser Stelle ausdrücklich zu betonen, daß die K. Staatsregierung ihr Versprechen uns gegenüber in durchaus loyaler Weise eingelöst hat, indem sie der Kammer den Gesetzentwurf in der von uns selbst gutgeheißenen Fassung vorgelegt hat, wofür wir hier unseren ehrerbietigsten Dank abzustatten haben.

Der Vorsitzende macht dann einige kurze Mitteilungen über den Stand des Vereins. Er zählt zur Zeit 100 Mitglieder; eingetreten ist im Laufe des Berichtsjahrs 1 Mitglied, ausgetreten sind 5 und verstorben 2 Mitglieder: Medizinaldirektor Dr. v. Gußmann, der stets ein regelmäßiger Besucher der Versammlungen gewesen ist, und Herr Oberamtsarzt Mutschler von Aalen. Zum Andenken der Verstorbenen erheben sich die Anwesenden.

Die Jahresversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins wird dieses Jahr in Dresden abgehalten werden, und zwar am 11. und 12. September, unmittelbar vor der des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Der Verein wird dazu noch einen zweiten Vertreter für die Beschickung der Versammlung zu wählen haben; auch wäre es sehr erwünscht, wenn von seiten des K. Medizinalkollegiums wie in früheren Jahren ein offizieller Vertreter zu der Versammlung entsandt werden würde.

Bezüglich der auf der letztjährigen Versammlung gefaßten Beschlüsse teilt der Vorsitzende dann noch mit, daß er die beiden Anträge der Herren Kollegen Georgii und Lieb, betr. die Behandlung der Titelverleihungen an praktische Aerzte, sowie betr. die Stellung des zweiten Gerichtsarztes zum Oberamtsarzt dem Wunsche des Vereins entsprechend dem K. Medizinalkollegium mit der Bitte um Berücksichtigung in Vorlage gebracht habe.

Nachdem er dann noch die auf dem Gebiete der Medizinalgesetzgebung im Laufe des letzten Jahres erlassenen wichtigeren Verfügungen usw. kurz erwähnt hat, schließt er seinen Bericht mit dem Wunsche, daß der Verein auch in dem zweiten Dezennium seines Bestehens immer mehr wachsen, blühen und gedeihen möge!

Hierauf erstattet der Kassierer Sanitätsrat Dr. Cless den Kassenbericht vom 1. Januar 1910 bis zum Sitzungstage 14. Mai 1911. Danach haben die Einnahmen 470,69 M, die Ausgaben 428,20 M. betragen. Durch den Ueberschuß der Einnahmen hat sich das Vereinsvermögen auf 682,97 M.

erhöht, davon sind 630,48 M. auf der Sparkasse angelegt. Dem Kassierer wird Entlastung erteilt, nachdem die Abrechnung von zwei Vereinsmitgliedern geprüft und für richtig befunden ist. Auf Antrag des Vorsitzenden wird hiermit der Jahresbeitrag pro 1911 wiederum auf 2 M. festgesetzt.

II. Neuwahl des Vorstandes. Auf Vorschlag des Med.-Rats Dr. Krauss wird der Vorstand in seiner bisherigen Zusammensetzung wiederum auf drei Jahre durch Zuruf gewählt: Ob.-Med.-Rat Dr. Köstlin zum Vorsitzenden und San.-Rat Dr. Cless zum Schriftführer und Kassierer.

III. Wahl eines zweiten Delegierten zur Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins. Als solcher wird Med.-Rat Dr. Süßkind-Hall gewählt.

IV. Die Durchführung der Ministerialverfügung betr. Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in Stuttgart.

Der erste Referent, Prof. Dr. Gastpar, Stadtarzt in Stuttgart, hebt zunächst hervor, daß ihm nach § 18 Abs. 1 der Verfügung die Befugnisse des Oberamtsarztes für den Stadtbezirk übertragen seien, soweit es sich um die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten handele, während dem Oberamtsarzt resp. Stadtdirektionsarzt nach wie vor die Bekämpfung der im Reichsseuchengesetz genannten Krankheiten vorbehalten sei. Es werde dadurch ein Neben- und Durcheinander der Kompetenzen des Physikats und des Stadtarztes verursacht, das dringend der Abhilfe bedürfe. Die Möglichkeit sei bei der Neuregelung des oberamts- und schulärztlichen Dienstes gegeben. Je einfacher und klarer die Verhältnisse sind, desto weniger Reibungen; jetzt werden diese nur lediglich durch den freundschaftlich persönlichen Verkehr der beiden zuständigen Medizinalbeamten vermieden.

Redner will an der Hand des Stuttgarter Beispiels zeigen, wie die neuen Bestimmungen über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gehandhabt werden, welche Vorzüge, welche Mängel ihnen in Beziehung auf ihre praktische Durchführbarkeit anhaften. Er gibt zunächst eine gedrängte Uebersicht über den Stand der übertragbaren Krankheiten in Stuttgart während des verflossenen Jahres.

1. Diphtherieerkrankungen sind 525 gemeldet, die sich auf die einzelnen Stadtbezirke sehr ungleich verteilen. Oktober, November und Dezember wiesen 49, 45 und 74 Fälle auf, während der Juli und August mit 32 bezw. 29 Fällen die geringste Ziffer zeigten. Es wurden insgesamt 215 bakteriologische Untersuchungen ausgeführt, 525 Aufforderungen zur Wohnungsdesinfektion ausgegeben, 234 Wohnungsdesinfektionen mit 338 Zimmern ausgeführt, 500 Diphtheriemerkblätter verteilt und 89 Schulverbote ausgesprochen.

2. Fleisch-, Wurst- etc. Vergiftung: Zu den als Fleischvergiftung gemeldeten 5 Fällen müssen mit großer Wahrscheinlichkeit auch alle die beim Militär und Zivil vorgekommenen Paratyphusfälle gerechnet werden. Ein Anhaltspunkt für die Entstehung konnte nicht gefunden werden. Die Fälle kamen in der größeren Anzahl mit Beginn der heißen Jahreszeit vor, so daß die Abnahme gerechtfertigt ist, es handelte sich irgendwie um verdorbene Nahrungsmittel.

3. Frieselfieber: In keinem der beiden Fälle handelte es sich um ein harmloses Exanthem, wahrscheinlich um Roseola, für die im Publikum der Name Frieseln gebräuchlich ist.

4. Uebertragbare Genickstarre: Nur ein in die hiesige Olgaheilanstalt gebrachter Fall. Die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit ergab intrazellulär gelagerte Diplokokken, gramnegativ, ganz vom Typus der Meningokokken; die Agglutination war jedoch stets negativ, so daß es sich jedenfalls nicht um den wirklichen Meningococcus gehandelt hat.

5. Kindbettfieber: Gemeldet wurden 28 sichere und 9 Verdachtsfälle. Von diesen 28 Fällen waren 18 in Spitalbehandlung. Ein Grund zum Einschreiten gegen Hebammen und Aerzte ergab sich nicht.

6. Körnerkrankheit: In allen 6 Fällen handelte es sich um zuge-

reiste Personen. Ein eitriger Ausfluß bestand nicht mehr, so daß die Kranken lediglich in Beobachtung genommen wurden.

7. Fälle von Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr und Tollwut kamen nicht zur Meldung.

8. Scharlach: 592 Fälle; der Juni mit 74 Fällen war am stärksten, der Januar mit 23 Fällen am geringsten beteiligt. Insgesamt wurden 450 Scharlachmerkblätter verteilt, 540 Aufforderungen zur Wohnungsdesinfektion hinausgegeben, 434 Zimmer desinfiziert. Von der Schule wurden 109 Kinder ausgeschlossen.

9. Typhus: Insgesamt sind 90 Fälle zur Meldung gekommen, von denen sich 5 Fälle als andere Krankheiten herausstellten. Von den übrigen 85 Fällen waren 53 als Paratyphus anzusehen. Von den 32 echten Typhusfällen waren 14 von auswärts nach Stuttgart ins Krankenhaus gebracht worden, so daß für Stuttgart selbst 18 echte Typhusfälle in Betracht kommen. Von den 53 Paratyphusfällen kamen 45 beim Militär vor.

10. Tuberkulose: Gemeldet wurden 184 Fälle, davon 182 Todesfälle. In 51 Fällen wurde wegen Wohnungswechsel Anzeige erstattet, in einem Fall wegen ungünstiger Wohnungsverhältnisse. Sämtliche Fälle wurden der Fürsorgestelle für Tuberkulöse überwiesen. Das Tuberkulosemerkblatt wurde von dieser in 476 Fällen ausgeteilt; 162 Spucknäpfe, 87 Zahnbürsten wurden abgegeben, in 60 Fällen Medikamente und Desinfektionsmittel gewährt. 11138 l Milch wurden verteilt und 39 Personen in Anstalten untergebracht; an 329 Personen wurde wegen Benutzung von Anstalten Rat erteilt. 180 Personen wurden untersucht, 588 Zimmer- und 216 Dampfdesinfektionen vorgenommen.

Redner wendet sich nun zur Besprechung der einzelnen Abschnitte der Verfügung. Die Haltung der Aerzte gegenüber der Anzeigepflicht sei allerdings nicht herzlich gewesen, ihre große Mehrzahl hat sich aber schließlich mit ihr abgefunden. Ein Arzt melde stets unter Anlage einer Rechnung von 4 M. an; er habe die Absicht, die Summe etwas anwachsen zu lassen und dann einzuklagen. Bei der prinzipiellen Bedeutung dieses Punktes sei eine gerichtliche Klarstellung nur erwünscht.

Betreffs der anzuzeigenden Krankheiten kommt es zu mißverständlicher Auffassung immer wieder beim Frieselfieber, das sich schließlich als Röteln herausstellt. Bei Diphtherie führt es zu Unzuträglichkeiten, weil der bakteriologischen Diagnose zu sehr Gewicht beigelegt und der Begriff Diphtherie gewissermaßen vom bakteriologischen Befund abhängig gemacht wird. Schwere septische Fälle spielen sich aber ganz unter den klinischen Erscheinungen einer Diphtherie ab, ohne daß je der Nachweis von Diphtheriebazillen gelungen wäre; gerade solche Falle zeigen außerdem eine enorme Ansteckungstendenz. Es wäre deshalb dringend zu wünschen, wenn man diesen Fällen gegenüber, die zwar als Diphtherie angezeigt werden, sich aber bakteriologisch im späteren klinischen Verlauf als schwere Anginen herausstellten, ebenfalls die Möglichkeit hätte, Schutzmaßregeln durchzuführen.

Ein weiteres Bedenken hat Referent gegen die Zusammenfassung von Typhus und Paratyphus. Es handele sich beim Paratyphus um kein einheitliches Krankheitsbild; er sei auch nicht etwa als ein leichterer Typhus anzusehen. Es sei deshalb zu wünschen, daß der Name Paratyphus überhaupt verschwinde und die zu meldenden Fälle in der Rubrik Fleischwurst- etc. Vergiftungen aufgenommen würden, wohin sie auch gehören.

Redner schildert dann das rein Technische des Verfahrens bei Anzeige, Listenführung und Berichterstattung, wie es in Stuttgart gehandhabt wird; zu seiner Erledigung wird die Arbeitskraft einer besonderen Schreibhilfe fast ganz in Anspruch genommen.

Es werden nicht nur dem Stadtarzt, sondern auch dem Sanitätsamt und dem Garnisonarzt Wochennachweise über alle Krankheiten gegeben, um diese Behörden fortgesetzt auf dem Laufenden zu erhalten. Außerdem erhalten die praktischen Aerzte und Spitäler jeden Montag einen vertraulichen Abdruck des Wochennachweises.

Vortragender geht dann zur Besprechung des zweiten Abschnittes der Verfügung, der Ermittelung der Krankheit über: Gegen § 9 der Verfügung, wonach der Oberamtsarzt vor Anstellung seiner Ermittelungen

an Ort und Stelle sich mit dem behandelnden Arzt über die Zeit des Besuchs zu verständigen hat, mußte in vielen Fällen verstoßen werden, weil trotz ausgedehnter Telephonbenutzung die rechtzeitige Benachrichtigung des Arztes nicht immer gelingt. Da Ref. keine Privatpraxis ausüben darf, wird sein Besuch auch ohne Anwesenheit des behandelnden Arztes widerspruchslos aufgenommen.

Die Ermittelungen des Oberamtsarztes an Ort und Stelle sind bei Tuberkulose, Diphtherie und Scharlach nur unter bestimmten Voraussetzungen auszuführen, und zwar beim „gehäuften Auftreten", bei „Vorkommen der Krankheit in Nahrungsmittelbetrieben", und beim „1. Fall in einem Schulhaus." Bei allen andern Krankheiten außer den drei genannten sind die Ermittelungen an Ort und Stelle unter allen Umständen obligat. Die Entscheidung, ob eine Ermittelung an Ort und Stelle vorzunehmen ist, erscheint demnach auf den ersten Blick einfach, ist es aber durchaus nicht, besonders in Stuttgart, wo man das ganze Jahr über mit einem gehäuften Auftreten von Scharlach, Diphtherie und Tuberkulose zu rechnen hat, wo ferner ein großer Prozentsatz der Scharlach- und Diphtheriekranken eben Schulkinder sind. Wenn Referent in allen diesen Fällen persönlich an Ort und Stelle Ermittelungen anstellen wollte, dann müßte er auf seine ganze andere Tätigkeit verzichten. Er hat deshalb auf die Gefahr eines Verstoßes gegen den Wortlaut der Verfügung hin, nur in den Fällen an Ort und Stelle nachgesehen, wo es sich um Nahrungsmittelbetriebe handelt oder wenn die Angaben des meldenden Arztes (Wohnungsüberfüllung etc.) seine Anwesenheit nötig erachten. Selbstverständlich werden in allen übrigen obligaten Fällen Erkundigungen an Ort und Stelle eingezogen, wenn dies möglich ist.

Wünschenswert sei ferner eine nähere Definition der Bezeichnung „1. Fall im Schulhaus", ob es sich hier lediglich um Bewohner des Schulhauses (Lehrer, Schuldiener) handelt, oder ob die Gesamtheit der Schulkinder gemeint ist.

Zu den vom Oberamtsarzt anzustellenden Ermittelungen an Ort und Stelle gehört auch die Entnahme von Untersuchungsmaterial und die Einsendung an das Laboratorium des K. Medizinalkollegiums.

Eine gewisse Zentralisierung der Untersuchungen bei der vorgesetzten Behörde ist zweifellos nötig, hat aber auch manches Mißliche. Eine bakteriologische Untersuchung bedarf einer strengen Kritik und objektiven Würdigung, in engster Berührung mit dem behandelnden Arzt. Manche positive und negative bakteriologische Resulate sind mit dem Krankheitsverlauf und dem Sektionsbefund in keiner Weise in Einklang zu bringen; es hat deshalb ihnen gegenüber eine Kritik stattzufinden, und zwar desto strenger, je weiter und größer der Zeitraum zwischen Entnahme und Untersuchung ist. Ausübung von Kritik an Arbeiten der vorgesetzten Behörde ist dann die notwendige Folge, auch wenn es sich um die vornehme Form der wissenschaftlichen Kritik handelt. Nimmt der Untergebene die Untersuchungsresultate kritiklos hin, so verzichtet er auf eigenes Verantwortungsgefühl. Es entspricht außerdem dem Grundsatz der Freiheit der Wissenschaft nicht, wenn das staatliche Institut den Instituten der Universität und städtischen Instituten gegenüber sich eine Monopolstellung schaffen läßt; eine solche liegt sicherlich auch nicht in den Intensionen der wissenschaftlichen Leiter des Laboratoriums des Medizinalkollegiums. Da nun aber die Verfügung nur vom Laboratorium des Medizinalkollegiums spricht, so sind die anderen Institute, die Untersuchungen vornehmen, immerhin vom Wohlwollen des Medizinalkollegiums abhängig. Ein solcher Zustand ist nicht zuträglich, weder im Sinn der Seuchenbekämpfung, noch im Sinn gegenseitiger Würdigung und Wertschätzung. Referent fordert deshalb, daß jedem beamteten Arzte, der dazu in der Lage ist, die Möglichkeit gegeben wird, die nötigen Untersuchungen selbst anzustellen. Dies wird namentlich überall da der Fall sein können, wo dem Oberamtsarzt ein bakteriologisches Laboratorium an Ort und Stelle zur Verfügung steht.

Von den Schutzmaßregeln kommt in erster Linie in Betracht die Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen, wie sie bei Typhus Genickstarre, Tollwut usw. vorgeschrieben ist. Diese Beobachtung hat sich in Stuttgart während des abgelaufenen Jahres nur auf einige Angestellte in Nahrungsmittelbetrieben erstreckt, in deren Kundenkreis Typhusfälle vorge-

kommen waren; Bazillenträger konnten unter ihnen nicht festgestellt werden. Die betreffenden Personen kamen ohne Widerspruch zu der wöchentlich einmal vorgenommenen Untersuchung. Eine Aufenthaltsbeschränkung wurde nicht nötig.

Die Absonderung kranker und krankheitsverdächtiger Personen innerhalb der Wohnung stößt in einer Stadt, namentlich bei den engen Wohnverhältnissen auf große Schwierigkeiten. Es wurde daher in allen Fällen von Typhus, soweit die Erkrankten nicht sowieso schon im Spital lagen, der Versuch gemacht, die Kranken zum freiwilligen Eintritt zu veranlassen, was auch meist gelang. Nur in ganz vereinzelten Fällen mußte polizeiliche Einweisung beantragt werden. Widerstand trat hierbei nicht zutage. Wegen Scharlach und Diphtherie wurden zahlreiche Eltern bewogen, ihre Kinder dem Krankenhaus zu übergeben.

Von einer Kennzeichnung von Wohnung und Häusern konnte überall Abstand genommen werden. Immerhin ist gerade diese Bestimmung außerordentlich wertvoll, denn wenn gar nichts mehr hilft, die Angehörigen zur Vernunft und den Kranken ins Spital in geeignete Pflege zu bringen, so tut die gelegentliche Andeutung dieser Möglichkeit Wunder.

Beschränkungen im Gewerbebetrieb mußten in einigen Fällen (Typhusfall in einem Nahrungsmittelbetrieb und Schluß eines Spezereiladens wegen Diphtherie) ausgesprochen werden. Die Maßregel konnte aber zurückgenommen werden, da die Kranken im letzten Moment doch noch ins Spital gebracht wurden. — Ein Verbot oder eine Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen, ebenso Verbot und Schließung von Brunnen, kam nicht vor. Dagegen wurde in einem Fall Antrag auf Räumung einer Wohnung wegen Ueberfüllung und baulicher Untauglichkeit bei einem Fall von Tuberkulose gestellt. — Die Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen wurden dem Leichenpersonal mündlich und schriftlich durch Hinweis auf die einzelnen Bestimmungen eingeschärft. Es empfiehlt sich, von Zeit zu Zeit zu kontrollieren, ob die Bestimmungen befolgt werden.

Der Schluß einzelner Schulklassen oder ganzer Schulen kam nicht in Frage. Vortragender steht der Bekämpfung ansteckender Krankheiten auf dem Wege über die Schule sehr skeptisch gegenüber; man muß mit dem Gassenaufenthalt der Schüler rechnen, auch die Ermahnung, die Kinder vom Verkehr mit ihren Kameraden zurückzuhalten, wird und kann vielfach nicht berücksichtigt werden.

Die Desinfektion wurde bei 1748 Zimmern mit 110840 cbm nach dem Autanverfahren ausgeführt. Die Dampfdesinfektion kam in 558 Fällen zur Anwendung.

Referent betont schließlich, daß es nur einige wenige Punkte unter den zahlreichen Bestimmungen gibt, die zu beanstanden sind, und auch diese nur dann, wenn die Handhabung nicht dem Sinne nach erfolgt, sondern sich eng an das geschriebene Wort klammert. Der Buchstabe tötet, der Geist macht lebendig. Möge es gelingen, durch eine verständige Handhabung der Verfügung mit der Zeit eine Hebung unserer Volksgesundheit zu erreichen.

Der zweite Referent, Oberamtsarzt Dr. Georgii, will ein allgemeines Bild von der Wirkung der Verfügung auf die verschiedenen, durch sie betroffenen Faktoren geben, und zwar unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse auf dem Lande.

Von den anzeigepflichtigen Krankheiten sind die wichtigsten Diphtherie, Scharlach, Typhus, Puerperalfieber, Tuberkulose, Trachom, die Paratyphuserkrankungen und die Pocken.

Unter den anzeigepflichtigen Personen stehen obenan die behandelnden Aerzte; ohne deren opferfreudige Mitwirkung überhaupt nicht viel erreicht werden kann. Die Verhältnisse in dieser Richtung sind sehr verschieden in den einzelnen Bezirken: In dem einen hat sich die Sache gut eingelebt, in dem anderen lebt sie sich nur langsam ein: da wird vielfach überhaupt nicht angezeigt, dort sind die Aerzte verärgert durch allerlei stichelnde bureaukratische Maßnahmen ihnen gegenüber; sehr häufig laufen die Anzeigen sehr verspätet ein. Insbesondere wird darüber berichtet, daß Tuberkulosetodesfälle noch sehr häufig erst dem Oberamtsarzt bekannt werden,

wenn er die Leichenregisterauszüge zur Durchsicht erhält. Dadurch ist die Kontrolle erschwert und die Verhütungsmaßregeln sind unmöglich gemacht. In einigen Bezirken ist die Portofrage mangelhaft geregelt, was die Unterlassung der Anzeigen zur Folge hat und dergl. m.

In einem Bezirk hat es ziemliche Erregung unter den Aerzten verursacht, daß ein Arzt vom Oberamt zweimal um 5 Mark gestraft wurde, weil er zwei Diphtheriefälle zu spät angezeigt hatte; er hatte wie bisher, d. h. vor Inkrafttreten der Verfügung, die nötigen hygienischen Anordnungen getroffen, also das getan, was der springende Punkt an der Sache ist; im Drange einer ausgedehnten Influenzaepidemie kam er nur nicht sofort dazu, die Anzeigen abzuschicken. Für diesen formalen Fehler wurde er gestraft, seine Beschwerde bei der Kreisregierung war erfolglos; hätte er die Anzeigen ganz unterlassen wie die Pfuscher, so wäre er nicht gestraft worden!

Daß durch solche schematische Maßnahmen, die natürlich mit gewissen Strafparagraphen stets sachlich begründet werden können, die Freude der Aerzte an der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten nicht erhöht wird, leuchtet ohne weiteres ein. Dazu kommt noch der Umstand, daß beim Publikum diejenigen Aerzte, welche eifrige Anzeigenerstatter sind, sich abnehmender Beliebtheit erfreuen im Gegensatz zu denjenigen, die mehr Rücksicht auf die Wünsche ihrer Klientel üben, namentlich beim Typhusverdacht, da viele Krankheiten wie Typhus anfangen. Auch macht sich der Wunsch geltend, daß die Anzeigen zu bezahlen seien.

Meldungen von Nichtärzten, die Kranke behandeln, kommen nicht vor; und doch ist es eine häufige Erfahrung, daß gerade zu den Kinderkrankheiten Scharlach und Diphtherie vielfach Pfuscher zugezogen werden. Hier wäre es sehr am Platz, wenn die Polizeibehörde auf diese Herren etwas mehr acht gäbe, insbesondere beim Bekanntwerden von verdächtigen Fällen und Todesfällen sowie beim häufigeren Auftreten dieser Krankheiten.

Eine häufige Klage ist, daß bei Todesfällen die Leichenschauer keine Anzeige machen. Hier spielt die Tuberkulose eine Hauptrolle, da diese Kranken in den letzten Stadien oft nicht mehr in ärztliche Behandlung stehen; auch ist die Tuberkulose der Lungen eine von den wenigen Krankheiten, bei denen der Leichenschauer auf Grund der Krankengeschichte eine Diagnose stellen kann und deshalb in der Lage ist, eine richtige Anzeige zu machen. Jedenfalls ist es wünschenswert, daß jeder Leichenschauer von seiner Ortspolizeibehörde wiederholt ausdrücklich auf seine Anzeigepflicht hingewiesen wird.

Das Ermittelungsverfahren durch den Oberamtsarzt zeigt insofern gegen früher eine Erleichterung, als er nach den für einzelne Krankheiten aufgestellten Anleitungen ohne weitere Anfrage und Zeitversäumnis berechtigt ist, sofort örtliche Erhebungen anzustellen. Daß bei wiederholten örtlichen Ermittelungen, die der Oberamtsarzt für angezeigt findet, das dem Oberamtsarzt koordinierte Oberamt dem Oberamtsarzt gegenüber eine Art Vetorecht haben soll, ist nicht recht verständlich, wenigstens nicht vom Standpunkt des medizinisch vorgebildeten Sachverständigen aus. Weiter vereinfacht könnten diese dadurch werden, daß bei ärztlich festgestellter und gemeldeter Diagnose von Diphtherie und Scharlach eine Rücksprache über die Art, Stand und Ursache der Krankheit mit dem behandelnden Arzt nicht mehr für jeden einschlägigen Fall vorgeschrieben wird. Diese Krankheiten sind mehr weniger endemisch in größeren Gemeinden, verschwinden also nie ganz, diagnostische Irrtümer sind ausgeschlossen; es kommt somit die sanitätspolizeiliche Behandlung nur in den Fällen in Frage, wo es sich um Erkrankungen in Schulhäusern oder in Haushaltungen handelt, deren Angehörige mit Nahrungsmitteln handeln.

Das Ergebnis der Ermittelungen ist unverzüglich der Ortspolizeibehörde mitzuteilen; am besten geschieht dies an Ort und Stelle sofort mündlich. Bei dieser Gelegenheit kann alles mit dem Ortsvorsteher besprochen werden, was im fraglichen Fall von Wichtigkeit ist; es können die Schutzmaßregeln zu Protokoll gegeben und ihre Beaufsichtigung beantragt werden. Der § 12 schreibt nun weiter vor: „Gleiche Mitteilung auch dem Oberamt zu übergeben." Das bedeutet eine ganz erhebliche Vermehrung des Schreibwerks und sollte nur für die Fälle vorgeschrieben

bei denen sich ein Ortsvorsteher mit den Vorschlägen des Oberamtsarztes nicht einverstanden erklären kann. In allen anderen Fällen genügt es vollauf, wenn die Ortspolizeibehörde verpflichtet wird, das ihr mündlich mitgeteilte oder schriftlich übergebene Resultat der Ermittelungen unverzüglich dem Oberamt zuzustellen; denn es ist daran zu erinnern, daß die Oberamtsärzte weder Schreibgehilfen noch Sekretäre zur Verfügung haben, die ihnen solche rein mechanische zeitraubende Abschriften besorgen. Außerdem bestimmt auch der § 14, daß die Ortspolizeibehörde über die angeordneten Schutzmaßregeln dem Oberamt alsbald Bericht zu erstatten hat. Wozu also alles doppelt in einer Zeit, wo alles nach Vereinfachung strebt?

Betreffs der bakteriologischen Untersuchungen wünscht Redner ebenfalls die Zulassung des hygienischen Instituts in Tübingen.

Unter den Schutzmaßregeln spielt das Merkblatt eine bedeutende Rolle. Aus einem Bezirk wurde gemeldet, daß durch seine Ausgabe die behandelnden Aerzte geärgert würden. Dies ist nicht recht verständlich, da die Merkblätter doch in erster Linie dazu beitragen, die ärztlicherseits gegebenen Vorschriften und Anleitungen zu unterstützen und wieder in Erinnerung zu bringen. Von ihrer möglichsten Verbreitung ist daher sehr viel zu erwarten, da sie alles Wissenswerte enthalten, kurze und gute Aufklärung geben und die Angehörigen der Kranken zum Nachdenken veranlassen. Die Verbreitung der Merkblätter erfolgt am besten durch die Schultheissenämter, und zwar in der Weise, daß nach Einlaufen einer Anzeige der Schutzmann sofort dem betreffenden Haushaltungsvorstand ein solches auszuhändigen hat. Die Verteilung durch die Oberamtsphysikate ist jedenfalls nicht zweckmäßig, weil vor allem Zeit vergeht, bis die Meldung an die Polizei und von dieser ans Physikat erfolgt, und zweitens weil der Oberamtsarzt doch Wichtigeres zu tun hat, als der Expeditor von Merkblättern zu sein; denn auch hierfür steht ihm wieder kein Gehilfe zur Verfügung. Die Form der Merkblätter ist sehr unpraktisch und unhandlich; in die üblichen Briefumschläge passen sie gar nicht hinein, ohne daß man sie mehreremal brechen muß; hier empfiehlt sich diejenige Form, die die „gemeinverständliche Belehrung über Scharlach" hat und die in Preußen ausgegeben wird (Quartformat auf gewöhnlichem gutem Papier).

Den breitesten Raum unter den Schutzmaßregeln nimmt die Wohnungsdesinfektion ein. Nur ganz vereinzelte Berichte äußern sich mit dem vorgeschriebenen Verfahren durchweg einverstanden und zufrieden; in der größten Mehrzahl der Berichte wird es als schleppend, schwerfällig und zu teuer bezeichnet, seine Erfolge werden als sehr fraglich hingestellt. Eine Hauptfrage ist der Kostenpunkt; sie ist in den einzelnen Bezirken ganz verschieden geregelt: Teils bezahlt die Amtskörperschaft alle Kosten, selbst bei Zahlungsfähigen, teils bezahlt die Körperschaft oder die Gemeinde bei Minderbemittelten die Chemikalien, während die Reisekosten und die Entlohnung des Desinfektors von den Betroffenen bezahlt werden, oder es werden seine Diäten von der Körperschaft, die Leistung vom Beteiligten bezahlt usw. In einem Bezirk wird dadurch gespart, daß der Zeitaufwand des Desinfektors in der Weise verringert wird, daß der Ammoniakentwickler nach 7 Stunden vom Amtsdiener in Tätigkeit gesetzt wird und er hierfür 50 Pfg. erhält. Der Widerstand beim Publikum gegen die Desinfektion ist da am größten, wo sie am wenigsten auf öffentliche Kosten übernommen wird; hier spielt auch die Verheimlichung der Fälle eine bedeutende Rolle. Wo anders klappt es nicht zwischen Oberamt und Oberamtsarzt. Eine vom Oberamtsarzt angeordnete Desinfektion bei Scharlachverdacht wurde auf Vorstellung des Schultheissenamts beim Oberamt von diesem aufgehoben mit der Erklärung, das Oberamt könne die Schultheissenämter zur Ausführung der vom Oberamtsarzt angeordneten Desinfektion nicht zwingen. Weiterhin wird die Fraglichkeit der Desinfektion vielfach mit den Wohnungsverhältnissen begründet: Auf dem Lande haben die Leute oft nur ein Zimmer, so daß sie nicht ausweichen können; in anderen Wohnungen sind die Zimmertüren nicht verschließbar. Auch von wissenschaftlichen Gesichtspunkten aus wird die Wohnungsdesinfektion z. T. als viel zu schematisch oder als direkt unnötig angesehen, z. B. beim Kindbettfieber.

Es ist somit klar, daß es nicht an allerlei Wünschen und Vorschlägen fehlt, um die „Desinfektion" brauchbarer oder einfacher und billiger zu gestalten: Alle entstehenden Kosten sollen aus öffentlichen Mitteln

bestritten werden; die teilweise recht kostspielige Entlohnung des Bezirksdesinfektors kann in den häufigen Fällen, wo eine Wohnungsdesinfektion wegen enger ungünstiger Verhältnisse als aussichtslos zu erkennen ist, ganz erspart werden durch eine gründliche mechanische Reinigung mit heißem Wasser, Seife, Putzlumpen usw. unter etwaiger Zuhilfenahme von Chemikalien, Einschränkung der Desinfektionsmaßregeln bei Scharlach und Diphtherie auf besondere Fälle (Schulhäuser, Nahrungsmittelgewerbe). In den Gemeinden, die sehr weit vom Wohnsitz des Desinfektors entfernt liegen und für welche die Reisekosten besonders empfindlich ausfallen, sollen Leute angestellt werden, die mit der Vornahme der Desinfektion und vor allem mit der Art der eben erwähnten mechanischen Reinigung vertraut gemacht sind (Fürsorgeschwestern, offiz. Putzfrauen). Sehr viele Unkosten (Reisekosten) können künftig erspart werden, wenn darauf gesehen wird, daß die Gemeindekrankenschwestern nach Art der Desinfektoren ausgebildet und ihnen die Desinfektion übertragen wird. Am wichtigsten ist aber die Erziehung des Publikums zur fortlaufenden Desinfektion am Krankenbett und zum richtigen Seifengebrauch überhaupt; je strenger und zielbewußter diese durchgeführt wird, um so günstiger werden die Verhütungsergebnisse sein. Auch hier ist man in erster Linie wieder auf die Mitwirkung der behandelnden Aerzte angewiesen; es ist somit empfehlenswert, diese bei guter Laune der Verfügung gegenüber betr. die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten zu erhalten. Von den empfohlenen Mitteln zur Desinfektion am Krankenbett sind Kresolseife oder Lysol wegen ihres Geruches wenig geeignet und rufen Opposition des Publikums hervor. Zweckmäßiger sind schwache Formalinlösungen und für die Fußbodenaufwaschung außer heißer Schmierseifensodalösung Sublimat in schwachen Lösungen; der Gefahr der Quecksilbervergiftung kann dadurch begegnet werden, daß nach kurzer Zeit (1—2 Tagen) nochmals mit reichlichem heißem Wasser nachgeputzt wird. Das Autan dürfte wegen seines hohen Preises trotz seiner sehr handlichen und einfachen Verwendungsweise kaum in Betracht kommen. Für die Hände des Patienten und Pflegepersonals gibt es heutzutage kein besseres Mittel als den Spiritus.

Von den einzelnen Krankheiten bespricht Referent zunächst die seit einiger Zeit in vermehrtem Grad auftretende Diphtherie. Es hat sich gezeigt, daß gerade bei dieser Krankheit die sogen. Schlußdesinfektion fast ganz wertlos ist. Häufig ist zu beobachten, daß prompt nach 6—8 Wochen in einer „desinfizierten“ Wohnung, wo nicht bloß die Kranken, sondern auch gesunde Kinder prophylaktisch gespritzt wurden, diese oder auch andere nicht gespritzte ältere Familienmitglieder an Diphtherie erkrankten. Es sind dies die sogen. Retourfälle — Return-Cases —, die man in England deshalb so benannte, weil mit einer gewissen Regelmäßigkeit neue Kranke aus der Behausung eines von Diphtherie genesenen und aus dem Krankenhaus nach Hause entlassenen Menschen ins Krankenhaus zurückkehrten. Dabei hat sich gezeigt, daß alle Entlassenen, ob Bazillenträger oder nicht Bazillenträger, gleich häufig Retourfälle abgegeben haben; das Vorhandensein von Bazillen bei den Entlassenen macht eine Ansteckung der Familienmitglieder nicht wahrscheinlicher als ihr Nichtvorhandensein und letzteres bietet anderseits keine absolute Garantie gegen eine Ansteckung; in beiden Beobachtungsreihen betrug die Zahl der Retourfälle genau 10%, mit anderen Worten: auch diejenigen, bei denen keine Bazillen im Nasenrachenraum nachweisbar waren, waren trotzdem Bazillenträger. In der Alltagspraxis nun, wo die Kranken nicht im Krankenhaus behandelt werden, kann man ähnliche Beobachtungen machen; dazu kommt noch der Umstand, daß dank dem Serum die Kinder sehr rasch wieder genesen, schon nach 2—3 Tagen nicht mehr im Bett und Zimmer gehalten werden können; der Patient ist bei dem ihm zugedachten Besuch ausgeflogen, tummelt und balgt sich mit anderen Kindern auf der Straße herum. Neuen Kontaktinfektionen ist so Tür und Tor geöffnet; denn daß nach so kurzer Zeit die meisten Genesenen noch Bazillenträger sind, ist wohl sehr wahrscheinlich. Gegen die sehr häufigen Bazillenträger läßt sich in den Familien nichts machen. Alle Versuche, die Diphtheriebazillen im Munde abzutöten, waren bis heute ohne Erfolg; es gibt noch kein Mittel dagegen. Auch die prophylaktische Serum-Einspritzung hat gar keinen Einfluß auf die Bazillen, die trotzdem vollvirulent im Rachen bleiben; sie schützt nur den

Gespritzten selbst gegen das von den Bazillen gebildete Gift und damit gegen die Erkrankung; der Gespritzte ist aber für seine Umgebung ebenso gefährlich wie der Erkrankte oder Nichtgespritzte. — Das einzige Mittel zur sicheren Bekämpfung der Diphtherie wäre strenge Absonderung aller Personen, die Bazillen beherbergen, 6—7 Wochen lang; das ist aber namentlich bei leichten Epidemien und bei den beschränkten Wohnungsverhältnissen nicht durchführbar. Wie aber der Verkehr solch frischgenesener Kinder mit anderen Kindern, insbesondere auf öffentlichen Plätzen eingeschränkt werden soll, das ist nirgends zu finden. Das Wichtigste ist und bleibt deshalb die fortlaufende Desinfektion und nicht die Schlußdesinfektion; wenn erstere richtig durchgeführt wird auf Grund fortgesetzter Belehrungen und Ratschläge seitens des behandelnden Arztes, womöglich an der Hand des sofort von der Ortspolizeibehörde zu verabreichenden Merkblattes, dann wird die Gefahr einer Weiterverbreitung wesentlich vermindert. Bezeichnend für die Auffassung von der Schlußdesinfektion seitens des Publikums ist, daß der Desinfektor schon mehrmals bei seinem Eintreffen die Krankenstube vollständig ausgeräumt angetroffen hat! Im übrigen ist ja zuzugeben, daß trotz der unbefriedigenden Wirkung der Schlußdesinfektion durch diese doch eine beschränkte Zahl von Ansteckungsmöglichkeiten ausgeschaltet wird. Ob sie aber deshalb für alle Fälle im bisherigen Umfang aufrecht erhalten werden soll, erscheint doch fraglich angesichts der Tatsache, daß trotz Desinfektion die Zahl der Erkrankungen eher zu- als abgenommen hat. Es dürfte also eine amtliche Putzfrau statt des amtlichen Desinfektors hier genügen!

Bezüglich der anzeigepflichtigen Krankheiten dürfte es sich empfehlen, die Gemeinden darauf aufmerksam zu machen, daß in die Dienst- und Mietsverträge mit den Bewohnern von Schulhäusern ein Satz aufgenommen wird, wonach sich diese verpflichten, beim Ausbruch einer solchen Krankheit den Kranken sofort im Krankenhaus unterzubringen. In einer großen Gemeinde mußte die Schule deshalb geschlossen werden, weil ein den Souterrain bewohnender Schuldiener sich weigerte, sein diphtheriekrankes Kind aus dem Haus zu schaffen. Was den Wiederbesuch der Schule Erkrankter und ihrer gesunden Geschwister betrifft, so gibt es hier vielfach Unzuträglichkeiten. Nach der Verfügung vom 13. Juli 1891 betr. Maßregeln für die Schulen bei ansteckenden Krankheiten, sollen die Kinder vier Wochen von der Schule ferngehalten werden. Das können die Leute bei dem so raschen Ablauf der Krankheit nicht mehr recht begreifen; sie drängen die Aerzte um die vorgeschriebene Bescheinigung, und diese können bei den häufig so schlechten Wohnungsverhältnissen sich nicht immer dazu verstehen, mittelst eines Zeugnisses den Zulassungstermin abzukürzen. Dabei verkehren aber alle Kinder aus einer infizierten Haushaltung dauernd mit den anderen auf der Straße und, wie gesagt, die Erkrankten selbst oft schon nach wenigen Tagen.

Aehnlich liegen die Verhältnisse bei leichten Scharlachfällen. Hier dürften sich Bestimmungen empfehlen, die diesen Tatsachen mehr Rechnung tragen.

Beim Kindbettfieber wird Einschränkung der Maßnahmen lediglich auf die Person der Hebamme und Wärterin und auf das Bett gewünscht, da hier die ganze Wohnungsdesinfektion gar nicht nötig sei.

Das Trachom ist für den Oberamtsarzt wichtig geworden, seitdem die polnischen Wanderarbeiter in Württemberg eingeführt sind; hinter dieser Gefahr steht eine andere, noch größere, die Pockengefahr. Es ist deshalb im Interesse der öffentlichen Gesundheit gelegen, wenn alle jene Wanderarbeiter, ob sie aus Rußland oder Hinterösterreich stammen, der Untersuchung unterzogen würden.

Zwei Krankheiten sind es, bei welchen die moderne Art der Seuchenbekämpfung wirkliche Erfolge aufzuweisen hat: Typhus und Tuberkulose. Daß insbesondere schon der Verdacht auf Typhus anzeigepflichtig, ist überaus wichtig für die Bekämpfung; es ist aber zu erwähnen, daß Publikum und Aerzte hiervon nicht besonders erbaut sind.

Bei der Tuberkulose müssen sich die verschiedenen Faktoren noch entschieden mehr an die vorgeschriebene Anzeigepflicht gewöhnen; hier hat die Aufsichtsbehörde noch viel zu tun, z. B. die Schultheißenämter anweisen, an die Anzeigepflicht zu erinnern, namentlich bei Todesfällen, die dem Oberamts-

arzt sehr häufig erst bekannt werden, wenn er die Leichenregisterauszüge erhält, also oft erst nach Monaten. Auch beim Wohnungswechsel solcher Kranken, die nicht in Behandlung stehen und deren Diagnose ja öffentliches Geheimnis ist, sollte eine möglichst rasche Anzeige durch die Polizei erfolgen.

Was die Wirkung der Verfügung auf die Bevölkerung betrifft, so ist hier zu sagen, daß die Desinfektionsmaßregeln im großen und ganzen da auf wenig Widerwillen und Widerstand stießen, wo die Kosten von den Betroffenen nicht bezahlt werden müssen. Je mehr aber die Kosten auf die Leute abgewälzt werden, um so mehr regt sich auch der Widerspruch. Werden Maßregeln getroffen, die die Ueberführung ins Krankenhaus veranlassen, die Wohnung und Häuser kennzeichnen als verseucht, die den Gewerbebetrieb einschränken, dann kann man laute Stimmen des Unwillens hören, die von totalem Geschäftsruin, aber auch von Schadenersatzklagen u. dergl. m. reden.

Betreffs der Wirkung der Verfügung auf die Oberamtsärzte machen sich zumeist schrille Töne der Unlust aus den eingegangenen Berichten bemerkbar: „Enorme Vermehrung des Schreibwerks, großer Geschäftszuwachs, empfindliche Mehrbelastung der Oberamtsärzte ohne die geringste Entschädigung, eine Menge Schreiberei und Lauferei, Erweiterung der Amtspflichten des Physikats durch solche Geschäfte, die viel Zeit und Mühe in Anspruch nehmen, aber nicht extra belohnt werden.“ Das sind häufig wiederkehrende Klagen der Oberamtsärzte. „Die Geschichte“, schreibt ein Oberamtsarzt, „hat unserer Praxis einen erneuten schweren Stoß gegeben, den man uns erdulden heißt ohne jede Entschädigung. Ganz abgesehen von Zeitaufwand, Schreiberei und allerlei Widerwärtigkeiten sind wir gezwungen, uns in der Praxis unpopulär zu machen; denn wenn die Polizeiorgane Desinfektion anordnen und die Leute darüber schimpfen, so wird immer der Oberamtsarzt als derjenige genannt, auf dessen Gutachten die Desinfektion erfolgt ist.“ Weiterhin wird es als wenig rücksichtsvoll gegen die Oberamtsärzte bezeichnet, daß man ihnen diese Arbeit noch vor der Dienst- und Gehaltsregulierung aufgeladen und diese Störung in Praxis und Erwerb verursacht hat; bis dann die Gehaltsregulierung kommt, wird es dann heißen: „An Eurer Praxis ist nicht viel mehr hin, da braucht man Euch nicht arg zu entschädigen!“ usw. Aufgefallen ist auch, daß mit der Verfügung wohl der kürzeste Weg der Benachrichtigung, wobei eigentlich der Fernsprecher allein in Frage kommt, empfohlen wurde, aber von einer Entschädigung für die Telephonausgaben des Oberamtsarztes nirgends die Rede ist. Es ist daher zu wünschen, daß die so lange gewünschte und endlich in Aussicht genommene Telephonentschädigung Rückwirkung hat mindestens bis zum 1. Mai 1910.

Angesichts dieses Stimmungsbildes, das die Verfügung in unseren oberamtsärztlichen Kreisen hervorgerufen hat, fragt es sich, ob es nicht angezeigt wäre, mit entsprechenden Anträgen an die Regierung heranzutreten. Jedenfalls wäre es gar nicht uninteressant, wenn auch von seiten der praktizierenden Aerzte die Verfügung in Referaten besprochen würde. — Nur soviel mag zusammenfassend gesagt sein, daß die rigorose Durchführung des Desinfektion bei Diphtherie, Scharlach und Kindbettfieber ganz erheblich vereinfacht und eingeschränkt werden sollte, da die gemachten praktischen Erfahrungen nicht dafür sprechen, daß die kostspielige Schlußdesinfektion imstande ist, die Weiterverbreitung dieser Krankheiten zu verhüten. Hier empfiehlt sich entschieden die Einführung der mehrfach vorgeschlagenen gründlichen Reinigung mit heißem Wasser, Soda, Schmierseife, Putzbürsten und Putzlumpen mit mehr Aussicht auf Erfolg, als die sogen. amtliche Schlußdesinfektion, insbesondere draußen auf dem Lande, wo bei den engen Wohnungsverhältnissen diese Wohnungsdesinfektion eine durchaus trügerische und nutzlose ist. Anderseits ist bei Tuberkulose und beim Typhus die zielbewußte fortlaufende und Schlußdesinfektion immer mehr anzustreben und zu vervollkommnen, da damit sicher schon große Erfolge erzielt worden sind. Hierzu ist aber gerade bei der Tuberkulose noch Geduld nötig, denn auf einmal können all die empfohlenen Wege zu ihrer Bekämpfung nicht beschritten werden. Insbesondere muß das Publikum immer mehr über das Wesen dieser Krankheit überhaupt aufgeklärt werden, damit es schließlich auch ein wirk-

liches Verständnis über den Zweck der fortlaufenden und Schlußdesinfektion bekommt.

An den Vortrag dieser Referate, für die der Vorsitzende im Namen der Versammlung seinen Dank aussprach, knüpfte sich folgende

Diskussion:

Med.-Direktor Dr. v. Rembold geht zunächst auf die Frage ein, die in dem Vortrage des zweiten Referenten den größten Raum eingenommen und ihm zu den schärfsten Vorwürfen gegen die Ministerialverfügung Anlaß gegeben hat, auf die Frage der Schlußdesinfektion. Danach wäre diese wohl bei Typhus angebracht, sie aber bei Diphtherie, Scharlach, Kindbettfieber in allen Fällen vorzuschreiben, sei undurchführbar und nutzlos. Der Referent hat mit dieser Ansicht offene Türen eingestoßen; denn in den Anleitungen zur Bekämpfung von Diphtherie und Scharlach ist unter den daselbst genannten polizeilichen Schutzmaßregeln die „Desinfektion" gar nicht genannt. Daraus geht doch klar hervor, daß die Verfügung die polizeiliche Anordnung einer Schlußdesinfektion in allen Fällen von Diphtherie und Scharlach gar nicht verlangt. Wo sie eine solche für notwendig hält, ist klar ausgesprochen, nämlich in den Fällen, in denen der Ausbruch der Krankheit eine größere Anzahl von Menschen bedroht, also in Räumen, die dem Nahrungsmittelverkehr dienen, in Schulgebäuden usw.; die Zahl dieser Fälle ist aber verhältnismäßig gering. Wenn also über zu viele und unnötige Zwangsdesinfektionen geklagt wird, so sind diese Klagen nicht an die Adresse der Verfügung, sondern an die übereifriger Oberamtsärzte oder Polizeibehörden zu richten. Ueberhaupt geben die Ausführungen des zweiten Referenten zu der dringenden Bitte Veranlassung, sich doch die Verfügung und die Anleitungen zunächst einmal etwas genauer anzusehen. Sicherlich wird man dann sich überzeugen, daß bei der Anordnung der Schutzmaßregeln im einzelnen Fall den unmittelbar verfügenden Behörden, besonders aber den Oberamtsärzten, ihrer Erfahrung, ihrem Urteil, aber auch ihrem Takt die größtmögliche Freiheit gelassen ist, unter den einzelnen angeführten Maßregeln die gerade für den vorliegenden Fall passende und nötige auszuwählen. Das trifft z. B. auch für die Schlußdesinfektion beim Kindbettfieber zu. Da heißt es ausdrücklich: „Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden." Damit ist doch ausdrücklich ausgesprochen, daß die polizeiliche Anordnung einer Desinfektion nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen stattfinden soll und daß die Entscheidung im einzelnen ganz und gar dem Oberamtsarzt anheimgegeben ist.

Med.-Rat Dr. Krauß dankt dem Vorredner für seine Ausführungen, ist aber in einigen Beziehungen nicht ganz aufgeklärt. In der Anleitung für die beamteten Aerzte und die Polizeibehörden für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten heißt es z. B. bei Nr. 5 Kindbettfieber § 5b. Desinfektion: „Die Schlußdesinfektion ist von einem im Besitz eines Befähigungsnachweises sich befindlichen Desinfektor gemäß den Vorschriften der Desinfektionsanweisung vorzunehmen." Demnach mußten wir Oberamtsärzte annehmen, daß eine Schlußdesinfektion durch den Desinfektor in allen Fällen von Kindbettfieber vorgeschrieben sei. Bei den in Genesung endenden Krankheitsfällen ist es schwierig, den Zeitpunkt für die Desinfektion festzustellen, da die Krankheit oft sehr lange dauert, die Genesung ganz allmählich eintritt.

Ministerialrat Friedel hält die heutige Besprechung der Ministerialverfügung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten für sehr dankenswert, da nach seinen bisherigen Wahrnehmungen in den Kreisen der beamteten Aerzte noch vielfach Mißverständnisse bei Anwendung der geltenden Vorschriften bestehen. Diese Auffassung hat sich bei ihm durch Anhörung der beiden Referate, namentlich des letzten noch wesentlich verstärkt. Er hebt dann zunächst hervor, daß die Bestimmungen des grundlegenden § 13 der Verfügung, der über die Schutzmaßregeln handelt, vielfach nicht beachtet werden. Dieser § enthält für die Bevölkerung überhaupt keine Vorschriften, sondern wendet sich nur an die Polizeibehörden und an die beamteten Aerzte. Was vorgeschrieben wird den Kranken, bezw. deren Angehörigen erst auf Grund der im einzelnen Fall von der Ortspolizeibehörde getroffenen Anordnung.

Die Polizeibehörde erläßt aber ihre Anordnung *in der Regel nur auf Antrag des beamteten Arztes*. Soweit dieser also keine Anträge auf Ergreifung polizeilicher Maßnahmen stellt, werden auch keine getroffen. Der beamtete Arzt soll aber nur solche Anträge stellen, soweit sie nach seinem pflichtmäßigen Ermessen erforderlich sind. Vielfach wird schon der bloße Rat zur Durchführung der erforderlichen Maßnahmen ausreichen. Trifft dies aber nicht zu und sind Schutzmaßnahmen, wenn auch die Schlußdesinfektion gehört, wirklich geboten, dann ist erst bei der Polizeibehörde ein entsprechender Antrag zu stellen. Erst wenn die Polizeibehörde dem Antrag stattgegeben hat, tritt der Zwang gegen die Betroffenen ein, und nur die polizeilich angeordneten Desinfektionen müssen von einem geprüften Desinfektor ausgeführt werden. Redner kann es deshalb nicht begreifen, wenn einzelne Oberamtsärzte, die die Desinfektion bei gewöhnlichen Diphtherie- und Scharlachfällen für wertlos halten, diese Maßnahme dennoch anordnen. Verpflichtet zur Anordnung dieser Maßnahme sind sie nach den Anleitungen nur bei Diphtherie und Scharlach in Häusern von Nahrungsmittelgewerbetreibenden und beim Auftreten der Krankheit in Schulhäusern selbst. Die starken Vorwürfe selbst, die in dem Referat des Oberamtsarztes Dr. *Georgii* zum Ausdruck gekommen sind, müssen also an die Adresse derjenigen Oberamtsärzte gerichtet werden, die eine Maßnahme, die sie nicht für erforderlich, ja für wertlos halten, dennoch beantragen, nicht aber an die Adresse der Regierung. Die Beamten des Ministeriums und des Medizinalkollegiums kennen unsere ländlichen Verhältnisse und den Charakter unserer Bevölkerung auch ganz wohl aus eigener Anschauung; sie waren sich des bloß relativen Wertes der Desinfektion bei Diphtherie und Scharlach von Anfang an wohl bewußt, und es ist ihnen in keinem Augenblick eingefallen, ihre Ausführung in jedem Fall zu verlangen. Die Anleitungen selbst enthalten für die beamteten Aerzte auch nur wenig zwingende Vorschriften. Bei den Schutzmaßregeln heißt es im Eingang des betreffenden Abschnittes zur Verhütung der und der Krankheit können (nicht müssen) folgende polizeiliche Schutzmaßregeln angeordnet werden. Es ist also in der Regel ganz dem *verständigen Ermessen des beamteten Arztes* überlassen, welche Anträge er stellen will. Die Anleitungen, die übrigens keine Polizeivorschriften sind, geben ihm die nötigen Anhaltspunkte.

Redner geht dann noch auf einzelne von den Referenten hervorgehobenen Punkte ein. Der Grund, weshalb in großen und mittleren Städten die im Hauptamt angestellten *Stadtärzte* nur bei der Bekämpfung der übertragbaren, nicht aber auch gemeingefährlichen Krankheiten für zuständig erklärt worden seien, liege in § 36 des Reichsseuchengesetzes. Danach sind beamtete Aerzte im Sinne dieses Gesetzes Aerzte, die vom Staate angestellt sind oder deren Anstellung mit Zustimmung des Staates erfolgt ist. Nach der neuen Gemeindeordnung bedürfen aber die Gemeinden zur Anstellung eines eigenen Arztes keiner Genehmigung der Staatsbehörde. Es sind deshalb die Stadtärzte auch nicht beamtete Aerzte im Sinne des Reichsseuchengesetzes. Auch die Auffassung des ersten Referenten, daß er nach den Vorschriften eigentlich verpflichtet sei, sämtliche diagnostischen Untersuchungen auf Diphtherie im Laboratorium des Medizinalkollegiums ausführen zu lassen, sei nicht zutreffend. Im Ermittlungsverfahren sind die Stadtärzte selbständig und können deshalb die diagnostischen Untersuchungen, die einen Teil des Ermittlungsverfahrens bilden, auch in ihren Laboratorien ausführen.

Wenn ferner die Oberamtsärzte die Todesfälle an Tuberkulose häufig erst aus den Leichenregistern erfahren, so ist es Sache des Oberamtsarztes, der ja die technische Aufsicht über die *Leichenschauer* hat, diese an ihre Anzeigepflicht zu erinnern und sie unter Umständen bestrafen zu lassen. Wenn *Kurpfuscher* ihrer Anzeigepflicht nicht genügen, so ist es ebenfalls Sache des Oberamtsarztes, durch Mitteilung der einzelnen Fälle an die Polizeibehörden hier Wandel zu schaffen.

Betreffs der angeblich *unnötigen Belastung der Oberamtsärzte*, daß sie ihre Anträge an die Ortspolizeibehörde auch noch in Abschrift dem Ober-
mitzuteilen haben, sei zu bemerken, daß die Oberamtsärzte Anträg
Erlassung von polizeilichen Schutzmaßregeln nur insoweit zu stellen h
als solche nach ihrer Ansicht erforderlich seien. Da häufig bisher d

hinausgehend Anträge gestellt worden zu sein scheinen, läßt sich das Geschäft durch Beachtung der Vorschriften wohl schon in vielen Fällen vereinfachen. Es gibt aber heutzutage so viele Vervielfältigungsmittel, daß es auch dem Oberamtsarzt nicht schwer fallen sollte, ein solches bei Stellung seiner Anträge zu benutzen; z. B. Notizbücher, wie sie die Geschäftsreisenden bei Aufgabe von Bestellungen gebrauchen. Hier erhält der Besteller auch sofort eine Abschrift der Bestellung bei einem einmaligen Schreiben in die Hand. Betreffs der Klage, daß die Oberamtsärzte mit der Verteilung der Merkblätter so viel Arbeit erhalten hätten, weist Redner darauf hin, daß es nirgends vorgeschrieben sei, daß die Oberamtsärzte die Merkblätter zu versenden haben. Ein Vorrat derselben wird zweckmäßigerweise beim Oberamt bereit gehalten, das sie im Bedarfsfalle durch sein Kanzleipersonal in die betreffenden Gemeinden versenden läßt.

Daß die Oberamtsärzte durch die neuen Vorschriften einen erheblichen Geschäftszuwachs ohne gleichzeitige Erhöhung ihrer Einnahmen erfahren haben, ist zuzugeben. Ursprünglich bestand die Absicht, das Oberamtsarztgesetz zuerst in Kraft treten zu lassen und dann die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten aufzunehmen. Nachdem sich aber die Einbringung des Gesetzentwurfs so lange verzögert hatte und auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung endlich ein entscheidenden Schritt geschehen mußte, ging die Verfügung, nachdem sie alle Stadien durchlaufen hatte, nachdem sie insbesondere auch von dem Ausschuß des ärztlichen Landesvereins, in dem auch eine ganze Reihe von Oberamtsärzten sitzen, begutachtet war, eben vor der Verabschiedung des Gesetzes hinaus. Die Oberamtsärzte werden übrigens anläßlich der allgemeinen Gehaltsaufbesserung, wesentlich mit Rücksicht auf den Geschäftszuwachs, den sie durch die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten erfahren haben, eine verhältnismäßig stärkere Aufbesserung bekommen, als die übrigen Staatsbeamten. Dann ist folgender Gesichtspunkt ebenfalls zu beachten: Die Oberamtsärzte erhalten von der Amtskörperschaft heute noch eine Pferderation, bezw. den Geldwert hierfür. Durchschnittlich betragen die Bezüge der Oberamtsärzte von der Amtskörperschaft 700 Mark jährlich. Diesem Gehaltsteil steht heutzutage keine entsprechende Gegenleistung des Oberamtsarztes dem Bezirk gegenüber. Nach der neuen Gemeindeordnung ist die Handhabung der Gesundheitspolizei eine Aufgabe der Gemeinden; die Gemeinden müssen sich hierbei des Rats von Sachverständigen bedienen. Da nur einige Städte in den im Hauptamt angestellten Stadtärzten eigene, hygienische Berater haben, bleibt für die übrigen Gemeinden nichts anderes übrig, als sich des Rates des Oberamtsarztes zu bedienen. Auch bei der Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten ist der Oberamtsarzt eben in erster Linie der Sachverständige der örtlichen Polizeibehörde. Die Gemeinden und die Bezirke, sowie die Oberamtsärzte können diese Sachverständigentätigkeit als ein Aequivalent für die Pferderation auffassen.

Die Kosten der Fernsprechanschlüsse der Oberamtsärzte werden vom 1. April d. J. ab zu einem Drittel auf die Staatskasse übernommen. Dies geschieht in der Hauptsache wegen der regeren dienstlichen Benutzung des Fernsprechers aus Anlaß der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Die Gebühren für Gespräche nach auswärts können schon jetzt ohne Anstand bei der Staatskasse liquidiert werden. Nach der Verabschiedung des Oberamtsarztgesetzes wird auch die Fernsprecherfrage eine Neuregelung erfahren müssen.

Oberamtsarzt Dr. Gnant: Die neue Verfügung hat namentlich in Grenzbezirken insofern Schwierigkeiten verursacht, als von den bayerischen Kollegen die Krankheiten vielfach nicht gemeldet werden. Ein Antrag an den Bezirksrat, den in Betracht kommenden Aerzten einen Abdruck der genannten Verfügung zuzustellen, ist abgelehnt worden. Es wäre aber sehr wichtig, das die Herren die Verfügung ausgehändigt bekämen und veranlaßt werden könnten, sich an die Bestimmungen zu halten.

Unzufriedenheit verursacht außerdem der Umstand, daß der Bezirksdesinfektor in Bezirksorten sieben Stunden lang untätig verweilen muß, bis die Ammoniakentwicklung eingeleitet werden kann. Es entstehen hierdurch auch große Kosten; vielleicht ist es möglich, die Ammoniakentwicklung durch andere zuverlässige Personen vornehmen zu lassen. Jedenfalls ist die Zeit

seit Inkrafttreten der Verfügung noch zu kurz, um eine absolut ungünstige Beurteilung derselben zu rechtfertigen. Mit der Zeit wird bei ruhiger Arbeit und bei weiterer Aufklärung des Publikums gerade durch die Bestimmungen der Verfügung die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten sicher ein gut Stück gefördert. Bei der Tuberkulosebekämpfung wird speziell die Fühlungnahme mit den Bezirkswohltätigkeitsvereinen viel Segen bringen.

Oberamtsarzt Dr. Herrmann hat von Anfang an die Auffassung gehabt, daß wir nicht an die Desinfektion durch den Bezirksdesinfektor gebunden sind, und dieser Auffassung auch in einer amtlichen Bekanntmachung Ausdruck gegeben, die durch verschiedene andere Mißstände veranlaßt wurde. In dieser Bekanntmachung wurden die Ortspolizeibehörden angewiesen, „jeden anzeigepflichtigen Krankheitsfall dem Oberamtsarzt so bald als möglich anzuzeigen und sofort vorläufig für die Durchführung nachstehender Maßregeln soweit tunlich zu sorgen: 1. Der Kranke ist möglichst abzusondern, am besten durch Verbringung ins Krankenhaus. Auch ist 2. für fortlaufende Desinfektion Sorge zu tragen, nach Anweisung des Arztes bezw. einer gedruckten Belehrung. 3. Bei Fällen von Diphtherie, Scharlach, (Tuberkulose) und Typhus ist den Angehörigen des Kranken eine gedruckte Belehrung auszuhändigen, die unentgeltlich vom Oberamt bezogen werden kann. 4. Schulpflichtige Kinder aus der Familie sind vom Schulbesuche auszuschließen. 5. Nach der Verbringung des Kranken ins Krankenhaus bezw. nach der Wiedergenesung oder dem Tod des Kranken ist eine Schlußdesinfektion durch den Bezirksdesinfektor oder nach Anweisung des Arztes durch die Angehörigen selbst vorzunehmen. Unter Umständen werden im einzelnen Fall vom Oberamtsarzt noch weitere Maßnahmen beantragt oder die vorstehenden teilweise aufgehoben werden."

Auf diese Bekanntmachung wurde dann jeweils hingewiesen. Eine Desinfektion durch den Bezirksdesinfektor wurde bisher verhältnismäßig selten beantragt.

Med.-Rat Dr. Breit: Im Amtsoberamt Stuttgart findet bei jedem angemeldeten Fall von übertragbarer Krankheit Schlußdesinfektion statt. Der Oberamtsarzt führt über alle Fälle (auch Scharlach und Diphtherie) genau Buch und verlangt auf dem den Schultheißenämtern zurückgereichten Anzeigeformular durchweg Schlußdesinfektion durch den öffentlichen Desinfektor, entweder nach Eintritt der Genesung oder nach erfolgtem Tod. Der Schultheiß schickt nun für gewöhnlich von selbst nach vollzogener Desinfektion den Revers des Leichenschauers an den Oberamtsarzt, den dieser bucht. Bei den Fällen, für die in einem angemessenen Zeitabschnitt keine Schlußdesinfektion angemeldet wird, werden durch Vermittlung des K. Oberamts in dankenswerter Weise Recherchen angestellt; die Schultheißenämter berichten dann den Grund des Verzugs der Desinfektion (auf besonderen Formularen), die, falls der Patient noch nicht genesen ist, hinausgeschoben wird; der Fall wird später wieder moniert, was so lange geschieht, bis endlich diese Schlußdesinfektion vollzogen ist. Auf diese Weise ist es im Jahre 1910 gelungen, bei 115 angemeldeten Fällen 88 Schlußdesinfektionen zu erzielen, in diesem Jahre hofft man alle angemeldeten Fälle zur Schlußdesinfektion durch einen öffentlich geprüften Desinfektor zu bringen. Die Kosten für das verwendete Autan trägt schon jetzt die Korporation; hoffentlich trägt sie mit der Zeit auch die für den öffentlichen Desinfektor. Redner rät, die Schlußdesinfektion von Anfang an mit aller Energie durchzuführen, auch wenn sie ab und zu mehr erziehlichen Wert haben sollte; denn je früher man anfängt, auf diesem Gebiete Ordnung zu schaffen, desto zeitiger gewöhnt man sowohl das Publikum, als auch die Ortspolizeibehörden an das unumgänglich Nötige.

Med.-Rat Dr. Palmer hat in den beiden von ihm besorgten Bezirken Biberach und Laupheim die Desinfektion in den meisten Fällen durchgeführt und nur in den Fällen davon abgesehen, in denen ihre Nutzlosigkeit von dem behandelten Arzte bescheinigt war. Im allgemeinen wird es zweckmäßig sein, recht viel Desinfektionen nach Wohnungswechsel, nach Gesundung des Kranken oder nach eingetretenem Tod vorzunehmen und die Leute auf dem Lande an diese Sache zu gewöhnen. Der Hauptgrund, warum das Publikum gegen die neuen Vorschriften ist, ist der Kostenpunkt. Jede Verminderung der Kosten macht die Sache volkstümlicher. Es ist daher sehr zu

begrüßen, daß der Desinfektor den Schlußakt der Entseuchung jemand anderem überlassen kann; denn dadurch werden die Abwesenheitsgelder wesentlich verringert. Wenn man in einem Bezirk stramm vorgeht, dann steigen die Kosten des Verfahrens sehr in die Höhe. Den Oberamtsärzten macht die neue Verfügung einen großen Zuwachs an Arbeit; die Schreibereien lassen sich kaum mehr ohne Schreibhilfe durchführen. Wiederum ein Grund, das neue Oberamtsarztgesetz bald zum Leben zu bringen. Im übrigen klagt auch dieser Redner darüber, daß die bayerischen Aerzte in den Grenzbezirken noch nicht genügend über die neue Verfügung instruiert seien.

Ministerialrat Friedel weist darauf hin, daß die bayerischen Aerzte sich nur die betreffende Nummer des Regierungsblatts, in der die Verfügung veröffentlicht und die noch nicht vergriffen ist, von der betreffenden Redaktion zu beschaffen brauchten. Halten sie sich nicht an die Vorschriften, so müssen sie eben unter Umständen durch Strafen von den Oberämtern hierzu gezwungen werden.

Ob.-Med.-Rat Dr. Scheurlen: Nach den temperamentvollen Ausführungen des Herrn Kollegen Georgii könnte man sich fragen, ob es nicht das Gescheiteste wäre, die ganze Ministerialverfügung über die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten möglichst rasch zurückzuziehen. Allein die Diskussion hat doch ergeben, daß, wenn man das ganze betrachtet, diese Verfügung gut ist und einen wesentlichen Fortschritt darstellt, während die wenigen Einzelheiten, die zu Beanstandungen Anlaß gegeben haben, vollends, wenn man die verschiedenen Mißverständnisse in Abrechnung zieht, höchstens als Kinderkrankheiten bezeichnet werden können, die leicht abzustellen und bei allen Neueinrichtungen zu finden sind. Redner will auf die angeregten verwaltungstechnischen Fragen nicht eingehen, sondern als Lehrer der Desinfektorenschule sich gegen einige Ausführungen des Korreferenten auf diesem Gebiet wenden. Er hat z. B. die Schlußdesinfektion bei Diphtherie eine „durchaus trügerische und nutzlose" Einrichtung genannt. Das ist eine Uebertreibung, der jeder wissenschaftliche Boden fehlt. Wo sind die bakteriologischen Untersuchungen, die dies beweisen? Wir wissen ganz genau, daß die Formalindesinfektion eine gute und jedenfalls die beste Raumdesinfektion ist, daß also durch sie so und so viel Krankheitserreger abgetötet werden müssen. Wenn allerdings jemand meint, daß er durch die Raumdesinfektion bei Diphtherie, wo Bazillenträger nicht gar so selten sind, eine Garantie übernehmen könne, daß eine Neuerkrankung nicht mehr vorkomme, der täuscht sich; denn mit der Raumdesinfektion sind nicht alle Wege der Uebertragung abgeschnitten. Auch wir haben von Anfang an die fortlaufende Desinfektion am Krankenbett als das Wichtigere angesehen und haben deshalb schon früh begonnen, Krankenschwestern als Desinfektoren auszubilden. Wir hoffen hierdurch mehr zu erreichen und zugleich den Gemeinden und Amtskörperschaften Kosten zu ersparen. Nun ist gesagt worden, die Bestellung einer amtlichen Putzfrau wäre viel richtiger; ich bin der Ansicht, daß mit dem Verlangen der Uebernahme der Kosten für eine solche Frau auf öffentliche Mittel wir uns fast lächerlich machen würden, denn die Reinigung einer Wohnung ist Sache des Inhabers und nicht der Gesamtheit. Reinigen und Desinfizieren sind zwei ganz verschiedene Dinge. Dem Besitzer einer Wohnung steht es frei, nach der Desinfektion seine Wohnung gründlich zu reinigen; die Desinfektoren sind angewiesen, ihm diesen Rat zu erteilen. Dagegen, daß sich die Medizinalbeamten und Aerzte der Desinfektion ihrer Hände usw. des Spiritus bedienen, ist nichts einzuwenden, der Desinfektor hat sich aber an die Bestimmungen der Desinfektionsanweisungen zum Reichsseuchengesetz und an die darin vorgeschriebenen 6 Desinfektionsmittel zu halten. Wenn jemand den Geruch der Kresolseife nicht ertragen kann, so hat der Desinfektor das Recht, Sublimat oder wässerige Formalinlösung zu nehmen, die nicht riechen; Kresolseife hat jedoch den Vorzug, daß sie Fett löst und dadurch besser desinfiziert. Im übrigen ist auch die Person des Desinfektors und seine Vorbildung zu berücksichtigen; es ist sehr zu empfehlen, daß diese den verschiedensten Berufen entnommenen Leute gelegentlich kontrolliert und auf etwaige Verstöße aufmerksam gemacht werden.

Ob der Paratyphus einfach zu den Fleischvergiftungen gerechnet

werden kann, ist zweifelhaft; denn es gibt Epidemien von Paratyphus, die eine andere Ursache als eine Fleischvergiftung haben. Redner macht weiter auf den Milzbrand aufmerksam, der im vorigen Jahre in 28 Fällen, in diesem allerdings erst in 8 Fällen zur Meldung gekommen ist. Er ist überzeugt, daß er nicht gar zu selten übersehen wird und zwar meist als Furunkel; er bleibt jedoch auch gelegentlich unter der Diagnose „Lungenentzündung“ oder „Septicaemie“ unbekannt.

Die bakteriologische Untersuchung auf Diphtheriebazillen durch die Oberamtsärzte hält er nicht für durchführbar. Schon die Herstellung des Löfflerschen Blutserums erfordert eine vollständige Laboratoriumseinrichtung; außerdem gehört zur Laboratoriumsarbeit viel Zeit und Ruhe, so daß sich mit ihr die Unterbrechungen durch die ärztliche Praxis nicht vertragen. Vor einer öffentlichen Kritik fürchtet sich das Laboratorium des Medizinalkollegiums nicht; es ist ihr so wie so ausgesetzt und kann durch sie, soweit sie berechtigt ist, höchstens lernen.

Die Anfrage des Kollegen Gnant, ob es möglich ist, daß bei der Raumdesinfektion die Entfernung des Formaldehyds nach 7stündiger Einwirkung von jemand anders als dem Desinfektor vorgenommen werden kann, wurde bejaht. Es sind hierbei nur zwei oder vielmehr drei Dinge zu berücksichtigen. Einmal muß eine absolute Gewähr dafür vorhanden sein, daß der Ammoniakentwickler nicht früher als nach Verlauf von 7 Stunden in den desinfizierten Raum gestellt wird, daß also die Desinfektion nicht zu früh unterbrochen wird. Sodann muß zweitens der Desinfektor den Ammoniakentwickler richtig herrichten und einer verständigen Person die richtigen Weisungen geben. Beim Autan ist dies einfach, da der Ammoniakentwickler und eine gedruckte Gebrauchsanweisung vorhanden ist. Beim Formalin-Permanganatverfahren muß der Desinfektor die Lösung mit schwefelsaurem Ammoniak herstellen, den gepulverten Kalk in einem besonderen Gefäß abmessen und dann die Ausführung-Uebernehmenden unterrichten, wie er die Mischung und deren Hineinschieben in das Zimmer vorzunehmen hat. Als dritter Punkt kommt die Zustellung des Desinfektorenanzugs an den Desinfektor in Betracht, der in dem desinfizierten Raum hängt. Es muß also Vorsorge getroffen werden, daß die Ausrüstung des Desinfektors, soweit sie während der Desinfektion in dem zu desinfizierenden Zimmer zu verbleiben hat, diesem wieder zugestellt wird.

Oberamtsarzt Dr. Weißenrieder kann aus seinem Bezirk über die Durchführung der Verfügung im allgemeinen nur günstig berichten. Sie hat sich rasch eingelebt; mit Ausnahme eines einzigen Falles ist ihm eine Beschwerde oder eine Klage nie zu Ohren gekommen. Er hat in jedem einzelnen angemeldeten Falle auch bei der Diphtherie die Schlußdesinfektion beantragt, die dann auch ausgeführt ist. Er ist auch bisher in dem Glauben gewesen, daß die Schlußdesinfektion bei dieser Krankheit vorgeschrieben sei; nach dem, was er vorhin gehört habe, scheine er die Sache allerdings mißverstanden zu haben. Immerhin könne es ja nur von Vorteil sein, wenn die einmal begonnenen Schlußdesinfektionen auch weiterhin ausgeführt werden. Die Kostenfrage ist in seinem Bezirk so geregelt, daß die Amtskörperschaft prinzipiell für alle Fälle die Kosten der Schlußdesinfektion zunächst auf sich nimmt; dabei wird aber allerdings von Einzelnen, aber nur wirklich Zahlungsfähigen nach der Festsetzung des Bezirksarztes ein teilweiser Ersatz verlangt. Es besteht dabei aber die Absicht, möglichst entgegenzukommen, damit sich die Sache um so leichter einführt. Neben der Schlußdesinfektion hat Redner einen Hauptwert auf die fortlaufende Desinfektion gelegt; er hält es aber für nicht zweckmäßig, wenn die Ortspolizeibehörde die Merkblätter austeilt, denn dabei besteht die Gefahr, daß die Leute die darin enthaltenen Belehrungen gar nicht lesen. Er hat deshalb den Aerzten die Merkblätter zugesandt mit dem Ersuchen, in jedem Fall ein solches auszuteilen und zugleich die Punkte anzustreichen und zu erklären, auf die es bei der fortlaufenden Desinfektion hauptsächlich ankommt; er verspreche sich davon wirklichen Nutzen. Die benachbarten badischen Aerzte hat er nach dem Erscheinen der Verfügung auf die wichtigsten in Württemberg geltenden Dinge aufmerksam gemacht und ihnen später die Merkblätter der hauptsächlich vorkommenden übertragbaren Krankheiten ebenfalls mit dem Ersuchen wie an die hiesigen Aerzte zugesandt. Die Anzeigen werden von ihnen in geordneter Weise erstattet.

Oberamtsamtsarzt Dr. Kurrer fragt, was zu tun ist, wenn trotz dringender Befürwortung der Desinfektion durch den Oberamtsarzt die Ortspolizeibehörde sich weigert, eine solche anzuordnen und auch das Oberamt hierzu nicht zu bewegen ist.

Ministerialrat Friedel: Das Anordnungsrecht der Ortspolizeibehörde ist ein selbständiges; wenn die Polizeibehörde dem Antrag des Oberamtsarztes nicht entspricht, so kann die Hilfe des Oberamts, und wenn dieses ebenfalls versagt, die Hilfe der Kreisregierung bezw. des Medizinalkollegiums angerufen werden.

Oberamtsarzt Dr. Kern fragt, wie hoch sich die Kosten der Desinfektion für eine bestimmte Zimmergröße (etwa 60 cbm) bei Autan- oder Formalinpermanganat-Verfahren stellen?

Ob.-Med.-Rat Dr. Scheuerlen vermag über den Preis des Formalinpermanganat-Verfahrens keine bestimmte Auskunft zu geben; zweifellos ist es aber billiger als das Autanverfahren, wenn dieses auch bequemer und etwas handlicher ist. Allen Verfahren mit Apparaten ist es dadurch überlegen, daß es die Feuersgefahr ausschließt, im Transport viel bequemer und einfacher und im Preise jedenfalls nicht teurer ist.

Medizinaldirektor Dr. v. Rembold: Wenn Prof. Dr. Gastpar betreffs der bakteriologischen Untersuchungen im Laboratorium des Medizinalkollegiums bemängelt hat, daß durch diese Untersuchungen bei einer vorgesetzten Behörde dem Oberamtsarzt jede Möglichkeit einer Kritik genommen werde, so hat er übersehen, daß das Laboratorium an sich nicht eine den Oberamtsärzten vorgesetzte Behörde ist. Es dient ihm vielmehr nur als eine Untersuchungsstelle, die ihm rein technische Unterlagen liefert, die er neben seinen sonstigen Erhebungen für seine Entscheidung im einzelnen Falle notwendig braucht, sich aber selbst nicht verschaffen kann. Ihre kritische Wertung und Einfügung in das Bild des jeweils vorliegenden Falles liegt ganz in seinem Ermessen. Auch die Klage über die „Monopolstellung" des Laboratoriums ist nicht berechtigt. Allerdings sind ihm gewisse Untersuchungen, deren Ergebnisse unter Umständen von besonderer polizeilicher Tragweite werden können, wie die Kontrolluntersuchungen nach abgelaufenem Typhus, vorbehalten. Die Medizinalverwaltung wird sich auch kaum dazu herbeilassen können, diese verantwortungsvollen Untersuchungen beliebigen Laboratorien, die in gar keinem Zusammenhange mit ihr stehen, zuzuweisen. Im übrigen aber ist für die Untersuchungen volle Freiheit gelassen; so ist zum Beispiel im § 4 der Anleitung für Diphtherie den Aerzten lediglich das Angebot der Zusendung von Aufnahmegefäßen auf Wunsch gemacht; wenn sie aber ihre diagnostischen Untersuchungen lieber wo anders machen lassen wollen, so steht dem nichts im Wege. In der Tat hat das Laboratorium gerade in diesem Punkte von einem Monopol herzlich wenig gemerkt: denn Untersuchungen auf Diphtherie sind ihm in diesem Jahre kaum ein halbes Dutzend vorgekommen. Redner ersucht deshalb die Oberamtsärzte, von der amtlichen Einsendung von Diphtheriematerial etwas mehr Gebrauch zu machen; in manchen Fällen kann das Ergebnis für sie doch von Nutzen sein. Weiterhin bemerkt er zu der vom zweiten Referenten angeschnittenen Paratyphusfrage, daß ihm nicht gar so selten Fälle vorgekommen sind, die klinisch ganz wie Typhus verlaufen, bakteriologisch aber als Paratyphus erkannt worden sind und umgekehrt. Solange man nicht für alle Fälle klinisch sichere Unterscheidungsmerkmale hat, ist es mindestens bezüglich der Anzeigepflicht unmöglich, den Paratyphus aus der Typhusgruppe herauszuheben. Geben im einzelnen Falle bei dem bakteriologischen Befund von Paratyppus die sonstigen Anhaltspunkte Gewissheit, dass es sich um eine Fleischvergiftung handelt, so liegt wohl kein Hindernis vor, trotz der ursprünglich anderslautenden Anzeige den für diese geltenden Vorschriften gemäß zu handeln.

Oberamtsarzt Dr. Gnant: In Tübingen werden im hygienischen Institut Wasseruntersuchungen für Gemeinden umsonst ausgeführt, das Medizinalkollegium dagegen berechnet für die chemische Untersuchung von Wasser 16 M.; das gibt bei Gemeindemedizinalvisitationen Anstände, da die Gemeinden natürlich die Untersuchungen da ausführen lassen wollen, wo nichts berechnet wird.

Medizinaldirektor Dr. v. Rembold weist demgegenüber darauf hin daß die Antwort bereits in der Ministerialverfügung gegeben ist (§ 13).

Chemische Wasseruntersuchungen sind danach nicht unentgeltlich; für Gemeinden wird aber allgemein nur die Hälfte der Taxe gerechnet. Auch das dem Medizinalkollegium wohlbekannte Anerbieten des hygienischen Instituts in Tübingen, solche Wasseruntersuchungen für die Gemeinden unentgeltlich vorzunehmen, hat ein Abgehen von dieser Praxis nicht veranlaßt. Da übrigens, wie man hört, das Institut die Entnahme des Wassers durch besonders entsandte Sachverständige vornehmen läßt und für diese Reisekosten verrechnet, so wird es mit den Kosten für die Gemeinden in beiden Fällen so ziemlich auf dasselbe herauskommen.

Er macht dann weiter darauf aufmerksam, daß **Wasser** zur Untersuchung auf Typhusbazillen überhaupt nie eingesandt werden soll (§ 6 der Anleitung). Dabei kommt nie etwas heraus; beim Laboratorium des Medizinalkollegiums ist es in langen Jahren unter Hunderten solcher Untersuchungen nur ein einziges Mal (bei der Berlinger Epidemie) gelungen, Typhusbazillen im Wasser nachzuweisen und hier erst nach wiederholter **örtlicher Untersuchung**. Diese ist überhaupt in solchen Fällen das wichtigste; nur wenn nach deren Vornahme der Oberamtsarzt bestimmt meint, daß eine Untersuchung auf Typhusbazillen Aussicht auf Erfolg habe, soll er Entsendung eines besonderen Sachverständigen beim Medizinalkollegium beantragen. Aehnlich verhält es sich bei den in letzter Zeit sich häufenden Einsendungen von **Milch**; eine nähere Ueberlegung der Verhältnisse wird es leicht erklärlich finden lassen, daß man nur selten einmal gerade die Portion Milch bekommt, die der Träger der Infektion ist. Das negative Ergebnis solcher Untersuchungen aber wird gerade wie beim Wasser draußen nur allzu gern dahin ausgeschlachtet, daß nun die verdächtige Milch überhaupt ganz unschuldig sei, was natürlich ganz verkehrt ist. Das Richtige, wenn Verdacht auf Milch fällt, ist deshalb nicht Entsendung von Milchproben ans Laboratorium, sondern Nachforschungen an Verkaufs-, Sammel- und Ursprungsstellen dieses Nahrungsmittels, wo man viel eher gelegentlich in Form schlechter hygienischer Verhältnisse oder verkannter Typhusfälle oder von Bazillenausscheidern die Infektionsursache finden kann. Insofern dabei die Nachforschungen auf andere Oberämter ausgedehnt werden müssen, ist das Medizinalkollegium stets bereit, diese zu vermitteln.

Med.-Rat Dr. **Breit** bittet die bakteriologische Untersuchungsstelle des K. Medizinalkollegiums, daß auch dem Oberamtsarzt, der die Entsendung von Material in Typhusfällen durch den behandelnden Arzt veranlaßt hat, und nicht bloß diesem das Resultat der Untersuchung mitgeteilt wird, von dem ja bekanntermaßen oft einschneidende Maßregeln abhängen.

Medizinaldirektor Dr. v. **Rembold** erwidert, daß einem solchen Wunsche des Oberamtsarztes gern willfahrt werden würde, wenn er ihn zur Kenntnis des Laboratoriums bringt.

Prof. Dr. **Gastpar** (Schlußwort) dankt den Herren vom Medizinalkollegium sowie Herrn Ministerialrat **Friedel** für die gegebene Aufklärung betreffs der **Einsendung von Untersuchungsmaterial** ans Medizinalkollegium; er weist noch einmal darauf hin, daß sowohl im Ermittelungsverfahren, wie bei der Kontrolle der Rekonvaleszenten stets strikte das Laboratorium des Medizinalkollegiums genannt ist. Die **Kosten der Autan-Desinfektion** stellen sich auf 14 Pfg. für den Kubikmeter desinfiziertes Zimmer. Hat die Wohnung nicht mehr als 4 Zimmer und bescheinigt der behandelnde Arzt die Bedürftigkeit des Patienten und die Notwendigkeit der Desinfektion; so erfolgt in Stuttgart die Desinfektion kostenlos, anderenfalls muß bezahlt werden. Bei Lehrern ist stets kostenlos desinfiziert worden.

Oberamtsarzt Dr. **Georgii** (Schlußwort) bemerkt, um Mißverständnissen vorzubeugen, daß seine Ausführungen keineswegs immer der Ausdruck seiner persönlichen Auffassung gewesen, sondern vorwiegend nach den ihm zugekommenen Berichten zusammengestellt seien. Das gelte insbesondere für die Ausführungen über die **Schlußdesinfektion** und über die **Putzfrauen**; er sei für seine Person absolut kein Gegner der Schlußdesinfektion, in den Fällen, wo sie einen wirklichen Erfolg verspreche; die Empfehlung der Putzfrauen habe er entsprechenden Ausführungen verschiedener Kollegen etwas eingehender besprechen zu müssen geglaubt, um einen Einblick zu gestatten in ganz bestimmte schlechte Wohnungsverhältnisse, wie sie sehr häufig draußen

auf dem Lande sind und wo eine „Schlußdesinfektion“ durch den amtlichen Desinfektor tatsächlich trügerisch und deshalb nutzlos ist. Im übrigen habe er sich bezüglich dieser Vereinfachung der Schlußdesinfektion ausdrücklich auf Scharlach, Diphtherie und Kindbettfieber beschränkt, was er angesichts der Kritik des Herrn Ob.-Med.-Rat Dr. Scheurlen noch ganz besonders betonen möchte. Mit der Empfehlung des Spiritus als Desinfektionsmittel der Haut, insbesondere der Hände, Fingerspitzen der Kranken und des Pflegepersonals, wollte er nicht der offiziellen Desinfektionsordnung in den Arm fallen, sondern lediglich den Praktikern ein sehr einfaches, nicht riechendes und nicht lästiges, aber ausgezeichnetes keimtötendes Mittel empfehlen, mit dem neuerdings bekanntlich in ausgedehntem Maß in vielen Kliniken die Hautdesinfektion fast ausschließlich vorgenommen wird.

Betreffs der Verteilung der Merkblätter ist von seiten des Königl. Medizinalkollegiums ein Antrag, daß diese sofort nach erfolgtem Einlauf einer Anzeige an die Familienvorstände verteilt werden müssen, nicht gebilligt, mit der Begründung, es bestehe die Gefahr der Verschleuderung der Merkblätter auf den Rathäusern.

Der Vorsitzende schloß hierauf die Debatte mit folgenden Worten: „Aus den beiden interessanten Referaten, die wir heute gehört haben und aus der nicht minder interessanten Debatte, die sich an diese angeschlossen hat, werden Sie wohl mit mir den Eindruck gewonnen haben, daß unser heutiges Thema doch ein recht aktuelles gewesen ist, und daß wir Recht gehabt haben, es auf unsere heutige Tagesordnung zu setzen. Es hat sich gezeigt, daß die Durchführung der neuen Verordnung über die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten, wie das allerdings kaum anders zu erwarten war, in Stadt und Land mit mancherlei Schwierigkeiten verbunden gewesen ist. Manche dieser Schwierigkeiten sind aber offenbar auf Mißverständnisse in der Auslegung der Verordnung zurückzuführen gewesen; ich bin deshalb den beiden Herren, Ministerialrat Friedel und Medizinaldirektor Dr. v. Rembold sehr dankbar für ihre belehrende Ausführungen, durch die sie diese Mißverständnisse aufgeklärt haben. Der schwierigste Punkt scheint ja allem nach die Desinfektionsfrage zu sein; in dieser Hinsicht wird man wohl noch weitere Erfahrungen sammeln müssen.“

Im übrigen hat unsere heutige Versammlung aber den besten Beweis dafür geliefert, wie notwendig unser Medizinalbeamtenverein für uns ist, da er es ermöglicht, uns über derartige berufliche Fragen so gründlich aussprechen zu können, wie wir das heute getan haben.

V. **Demonstrationen.** Wegen vorgerückter Zeit konnte nur noch der Projektionsapparat im Neubau des Medizinalkollegiums durch Ob.-Med.-Rat Dr. Walz demonstriert werden.

Nach Schluß der Versammlung fand eine zwangslose Vereinigung der Vereinsmitglieder im Stadtgarten statt.

Dr. Cless-Stuttgart.

Bericht über die Frühjahrsversammlung des Badischen staatsärztlichen Vereins am 28. April 1911 in Offenburg.

Anwesend sind 27 Mitglieder. Entschuldigt sind Blume, Dörner, Compter, Heinemann, Haardt, Klehe, Kröll, Lefholz, Geh. Rat Schüle und Thomann.

I. **Geschäftliches.** Der Vorsitzende, Med.-Rat Dr. Becker, eröffnet die Versammlung und begrüßt die Anwesenden, ganz besonders Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Schottelius und den als Gast anwesenden Herrn Prof. Dr. Schüle-Freiburg.

Er verliest sodann ein in außerordentlich liebenswürdigem und warmem Ton gehaltenes Dankschreiben des Herrn Geh. Rats Dr. Schüle-Illenau auf die Glückwünsche, die der Verein ihm zur Feier seines 70. Geburtstages übermittelt hatte.

Den beiden gestorbenen Mitgliedern, Dr. Marold-Pforzheim und Dr. Hildenstab sen.-Graben, widmet der Vorsitzende einen warmen Nachruf; die Anwesenden erheben sich zum ehrenden Andenken von ihren Sitzen.

Zur Aufnahme in den Verein haben sich angemeldet Bezirksassistenzarzt Dr. Schäfer-Pforzheim und Dr. Karl Schmidt, Arzt an der Heil- u. Pflegeanstalt Pforzheim.

Damit ist der geschäftliche Teil erledigt.

II. Zur Aetiologie der Lungenpest und Bubonenpest. Herr Geh. Rat Prof. Dr. Schottelius.

Die medizinischen Fachblätter und auch die größeren politischen Tageszeitungen haben neuerdings über die jetzt abgelaufene Pestepidemie in der Mandschurei so ausführliche und sachgemäße Beschreibungen gebracht, daß die Bedingungen und die Erscheinungen, unter denen die Pest auftritt, jedem Arzt bekannt sind. Redner will deshalb auch nicht auf Einzelheiten der Krankheitsscheinungen oder auf seltene Komplikationen bei Pesterkrankungen eingehen, sondern möchte nur auf einige aetiologische Beziehungen der Lungenpest und Bubonenpest aufmerksam machen.

So weit man aus den bisher bekannt gewordenen Berichten der internationalen Pestkonferenz in Mukden ersehen kann, soll dem Studium der Tarbaganenpest in Zukunft ganz besondere Aufmerksamkeit zugewandt werden. Mit Recht! Zweifellos liegt hier eine der Hauptwurzeln der Pest; denn die Fragen, unter welchen Bedingungen diese mit der menschlichen Pest identische Krankheit der Tarbaganen auftritt: ob etwa die Pestbazillen ständige Bewohner der Tarbaganen sind, weshalb diese Pestbazillen zeitweise zu epidemischen Erkrankungen der Tiere führen und wie sie auf den Menschen übergehen, — das sind Fundamentalfragen, die studiert und beantwortet werden müssen, um verwertbare Schlußfolgerungen für die Bekämpfung der menschlichen Pestkrankheit — sei es der Bubonenpest oder der Lungenpest — daraus entnehmen zu können.

Wenn als feststehend anzunehmen ist, daß in den bekannten zentralasiatischen Pestherden ständig Pestfälle vereinzelt unter den Menschen vorkommen, so wird dabei immer erwähnt, daß diese Fälle in Beziehung zu kranken Tarbaganen stehen, von denen die Infektion der Menschen ausgegangen sei. Welches die Gründe sind, weshalb unter den Tarbaganen die Krankheit zeitweise als Seuche auftritt, und dann die „große Krankheit", die „Mahamari" der Menschen entsteht, das ist noch nicht aufgeklärt. Es mögen wohl auch bei diesen Tieren prädisponierende Vorbedingungen, vielleicht in Witterungsverhältnissen begründete Ernährungsstörungen obwalten, die sie für die Pestinfektion empfänglich machen. Man könnte daran denken, daß als prädisponierende Vorbedingung Futtermangel infolge großer anhaltender Dürre in Frage kommt und Unterernährung die Empfänglichkeit der Tarbaganen für die Krankheitskeime steigert, oder daß infolge großer Trockenheit der nächtliche Tau längere Zeit ausbleibt, auf den in den Steppen die Tiere mit ihrem Wasserbedürfnis angewiesen sind, daß also der Wassermangel die prädisponierende Entkräftung einleitet. Die Pettenkofersche Lehre, daß tellurische und klimatische Störungen mit dem Auftreten von Seuchen in Verbindung stehen — selbstverständlich immer im Zusammenhang mit den spezifischen Krankheitserregern — diese Lehre wird auch hier ihre Bestätigung finden.

Es wäre von besonderem Interesse, festzustellen, ob etwa Pestbazillen oder diesen verwandte Bakterien ständig bei den Murmeltieren — etwa im Darm — vorhanden sind, ohne unter gewöhnlichen Verhältnissen krankmachend zu wirken. Als Analogon kennen wir die ständige Anwesenheit des Vibrion septique, des Bacillus des malignen Oedems, im Darm der Herbivoren. Diese Tiere werden bekanntlich trotz des ständigen Vorhandenseins des Bacillus des malignen Oedems im Darm nicht geschädigt, obgleich derselbe Spaltpilz das Tier tötet, wenn er den Eingang in den Körper findet. Beim Studium dieser Fragen würde der Uebergang der Pestbazillen auf das Ungeziefer der Tarbaganen und von diesen auf die Menschen zu verfolgen sein, ähnlich wie dies bezüglich des Rattenungeziefers und dessen Beziehung zur menschlichen Bubonenpest geschehen ist.

Noch einer anderen Möglichkeit ist zu gedenken, der nämlich, ob nicht etwa „Mutationen" von Darmbakterien bei den Tarbaganen stattfinden, derart, daß für gewöhnlich indifferente, den Pestbazillen verwandte Bakterien unter bestimmten Bedingungen in Pestbazillen sich umwandeln. Die Darmbakterien

der Tarbaganen wären nach solchen Arten zu durchsuchen, die eine Aehnlichkeit mit Pestbazillen haben; diese Arten müßten gegebenenfalls experimentell unter Bedingungen gebracht werden, die ihre „Mutation" befördern.

Ueber die prinzipielle bedeutungsvolle Frage der Umwandlung von Bakterien liegen ältere Beobachtungen und neuere Untersuchungen vor[1]) Es ist längst bekannt, daß Bakterien nicht nur ihre physiologischen, sondern auch ihre morphologischen Eigenschaften so vollständig einbüßen können, daß sie jede Aehnlichkeit mit ihren Vorfahren verloren haben. Ich erinnere an die auffallenden Veränderungen, die bei Cholerastämmen eintreten. Die echten Choleravibrionen verlieren zunächst ihre Virulenz, dann ihre Beweglichkeit, ihre Form, und werden schließlich zu indifferenten Stäbchen, die wohl immer noch wachsen und weiter gezüchtet werden können, aber keine Choleravibrionen mehr sind. Derartige Umwandlungen sind für eine ganze Anzahl von Spaltpilzarten bekannt, außer bei Choleravibrionen, besonders augenscheinlich bei Rotz, Geflügelcholera und auch bei Pestbazillen.

Die von Rodet[2]) und Beyerink[3]) aufgestellten Normen einer Einteilung der Veränderungen, denen Bakterienarten unterworfen sein können, lassen sich nicht überall durchführen; immer wird man Uebergänge von Polymorphismus zur Pluriformität, von Transformation zu Variationen oder zur Variabilität finden, die zeigen, daß sich für diese Vorgänge kein Schema finden läßt.

Es wird auch anerkannt, daß der gleiche Veränderungsvorgang, wie er im Sinne des Verlustes von Eigenschaften sich vollzieht, auch im Sinne des Erwerbens von Eigenschaften vorkommen kann.

Wir sind gewohnt, die Bedeutung der Bakterien nach ihren Beziehungen zur menschlichen Gesundheit zu beurteilen; ob aber die in Frage kommenden Eigenschaften und ihr Verlust im Interesse der Erhaltung der betreffenden Bakterienart gelegen ist, das läßt man unberücksichtigt. Von diesem Gesichtspunkte aus kann es aber fraglich erscheinen, in welchem Sinne Aenderungen von Eigenschaften der Bakterien („Mutation") zu deuten sind, ob als Schwächungen — Degeneration — oder als Stärkungen der Bakterienart. Das prinzipiell Wesentliche bleibt die Tatsache, daß weitgehende Veränderungen der Bakterienarten vorkommen und in zeitlich unbekannten Grenzen erhalten bleiben.

Bei der raschen Aufeinanderfolge von Generationen der Bakterien liegt die Bildung neuer Varietäten, deren experimentelle Beobachtung bei höheren Lebewesen ausgeschlossen ist, sehr wohl im Bereich der Möglichkeit und widerspricht etymologisch nicht sonst bekannten Tatsachen. Ob derartige Prozesse im Darm der Tarbaganen sich vollziehen, das sollte systematisch mit ausreichenden Mitteln untersucht werden. Durch Vermittlung des Herrn Dr. Sokolowski hatte die Firma Hagenbeck in Hamburg bereits vor zwei Jahren einen Transport sibirischer Tarbaganen zur Lieferung für mich übernommen; leider mußte ich die Sendung, die zum Studium dieser Frage dienen sollte, wieder abbestellen, da die Arbeitsbedingungen unseres Instituts die Vornahme derartiger Versuche nicht gestatten.

Auf welchen Wegen die Pestbazillen von pestkranken Menschen auf den gesunden übertragen werden und dabei so verschiedene Krankheitsformen wie Bubonenpest und Lungenpest hervorrufen können, das ist eine noch nicht genügend geklärte Frage.

Bei beiden Formen der Pest ist die bakterielle Ursache die gleiche: Es ist immer der charakteristische bipolargefärbte, gramnegative

---

[1]) Altschüler: Münchener medizin. Wochenschrift; 1904, Nr. 20. Döbert: Arch. f. Hygiene; 1905, LII. M. Neißer: Freie Vereinigung für Mikrobiologie; Berlin 1906. Massini; Arch. für Hygiene; 1907, LI. Reiner Müller: Freie Vereinigung für Mikrobiologie; 1908. Burk: Archiv für Hygiene; 1908, LV. Mühlmann: Archiv für Hygiene; 1909, LIX. Freie Vereinigung für Mikrobiologie; Dresden 1911.

[2]) Rodet: De la Variabilité dans les Mikrobes. Paris 1894.

[3]) Beyerink: K. Acad. von Wetenschappen te Amsterdam. 1900.

Pestbacillus, der in allen Fällen, sowohl in den lokalen Pestherden, wie auch im Blut nachzuweisen ist. Die Verschiedenheit der klinischen und anatomischen Erscheinungen bei Bubonenpest und bei Lungenpest kann also nur aus einer Verschiedenheit der Pestbazillen oder aus einer Verschiedenheit des Infektionsweges erklärt werden, da bei diesen Epidemien die individuellen Differenzen der Menschen als Beurteilungsfaktor ausscheiden. Für beide Möglichkeiten sprechen gewisse Gründe, wobei für die Uebertragung Ungezieser als Vermittler der Infektion mitwirken kann.

Man kann sich vorstellen, daß bei der Lungenpest die Virulenz der Pestbazillen so groß ist, daß sofort nach der Infektion eine Invasion des Gesamtorganismus auf dem Blutwege erfolgt und die Lunge dabei als Prädilektionsstelle befallen wird, während bei der Bubonenpest die wenigen virulenten Pestbazillen von den Lymphdrüsen zunächst zurückgehalten werden und erst später den Gesamtorganismus invadieren. Es kann aber auch der verschiedene Infektionsweg bei den verschiedenen Pestformen maßgebend sein, insofern als für die Lungenpest die Tröpfcheninfektion des Respirationsweges stattfindet, bei der Bubonenpest die Wundinfektion der äußeren Haut.

Sticker meint, daß bei der indischen Bubonenpest Rattenflöhe die Vermittler sind, bei der Tibetanischen Pest die Tarbaganflöhe und bei der Mandschurischen Pest die Menschenflöhe. Der Anschauung, daß die Uebertragung durch Ungeziefer für die Pestinfektion von hervorragender Bedeutung ist, kann ich mich unter dem Vorbehalt anschließen, daß neben Ungezieferübertragungen die Infektion auch durch Eindringen der Pestbazillen in kleinste Wunden jeder Art, in Kratzwunden, in Rißwunden an Händen und Füßen direkt stattfindet. Es wird vielfach übersehen, daß auch die Stiche des nichtinfektiösen Ungeziefers, z. B. diejenigen von Stechmücken, einen intensiven Juckreiz auslösen, der zum Kratzen der verletzten Körperstelle führt. Durch das Kratzen mit schmutzigen Fingernägeln werden sicher oft genug Pestbazillen in die Kratzrisse übertragen und so in den Körper gebracht. Die ihres raschen Zerfalles wegen nicht häufig beobachteten „Pest-Pusteln" entstehen aus solchen Kratzinfektionen; darauf weist die ausgebreitete Einimpfung des infektiösen Materials hin, deren anatomische Form mit der des Kratzrisses übereinstimmt[1])

Die Bubonenpest ist zweifellos eine Wundinfektionskrankheit, bei der — ähnlich wie beim Erysipel — die Eintrittspforte häufig so klein und so versteckt gelegen ist, daß sie sich dem Nachweis entzieht. Daher ist auch die Menge der aufgenommenen Pestbazillen bei dieser Form der Pesterkrankung gering und erklärt den subakuten Verlauf, das Auftreten der Lymphangitis und der Bubonen. Bei der Lungenpest ist außer der größeren Virulenz der Pestbazillen der besondere Weg der Infektion, die Tröpfcheninfektion, maßgebend für den raschen deletären Verlauf.

Beide Formen aber, Bubonenpest und Lungenpest wurzeln mit großer Wahrscheinlichkeit aetiologisch in der Tarbaganenpest. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, daß die Beziehung dieser tierischen Infektionskrankheit zur Pesterkrankung des Menschen systematisch untersucht werden muß.

Die Ausführungen des Vortragenden, der persönlich Peststudien in Indien gemacht hat, wurden in lebhafter Diskussion erörtert; eine Reihe von Anfragen wurde von ihm eingehend beantwortet.

Der Vorsitzende gibt dem Gefühl lebhaften Dankes für den hochinteressanten Vortrag an Herrn Geh. Rat Dr. Schottelius Ausdruck.

III. **Ueber den forensischen Sperma-Nachweis.** H. Prof. Dr. Schüle-**Freiburg.**

Bezeichnend für die Schwierigkeit des Nachweises in manchen Fällen ist die große Anzahl der Methoden, die zu diesem Zweck ersonnen sind. Als einfachste Methode empfiehlt der Vortragende die bekannte Mazerations-Methode. Man mazeriert die Stoffteilchen in physiologischer Kochsalzlösung oder

---

[1]) Schottelius: Ueber die Eintrittspforten bei der Pestinfektion. Cassel, Naturforscherversammlung, 1903.

in einer solchen von Quecksilberchlorid (1 : 1000) oder in Glyzerin, Kalilauge, verdünntem Ammoniak u. a. m. Nötigenfalls kann das Mazerat zentrifugiert werden.

Florence mischt einen Tropfen Jod-Jodkalilösung mit der wässerigen Mazeration des Sperma, bei dessen Anwesenheit große rhomboedrische Kristalle entstehen. Der diagnostische Wert des positiven Florence ist gering, da auch andere Substanzen als menschliches Sperma die Reaktion ergeben. Dagegen ist bei negativem Ausfall der Florenceprobe das Vorhandensein von Sperma sehr unwahrscheinlich.

Bei der Methode von Barberio wird ein Tropfen der Mazeration mit einem Tropfen konzentrierter wässeriger Pikrinsäurelösung vermischt. An der Berührungsstelle entstehen dann kleine, gelbe Kristalle von wechselnder Gestalt. Positiver Ausfall von Barberio spricht mit großer Wahrscheinlichkeit für menschliches Sperma, negativer Ausfall beweist nichts, da die Probe oft ohne Grund versagt. Es kommt daher der Methode von Florence sowohl, wie der von Barberio ein entscheidender Wert nicht zu.

Baecchi färbt die zerzupften Stofffäden mit Methylenblau und entfärbt in salzsaurem Alkohol.

Ein besonderes Interesse bietet die Methode von Marique. Dieser vermischt 10 Kubikzentimeter reiner Schwefelsäure im Reagenzglas mit 1 ccm destilliertem Wasser, fügt schnell die zerschnittenen Stoffteilchen hinzu (etwa 2 □cm Stoff), schüttelt, gibt nach 30 Sekunden 30 ccm kaltes Wasser hinzu wonach feine Luftblasen aufsteigen, die die von den zerstörten Stoffpartikeln losgelösten Spermatozoen mitreißen. Die Entnahme erfolgt mittels Platinöse auf den Objektträger.

Auf Grund eigener Versuche und der seines Schülers Hermann empfiehlt der Vortragende die alten Mazerationsmethoden sowie das Verfahren mittelst Schwefelsäure nach Marique. Die Färbmethoden seien unsicher und umständlich und deshalb für den Praktiker wenig brauchbar.

Der Vorsitzende spricht auch Herrn Prof. Dr. Schüle den Dank der Versammlung aus.

IV. **Wünsche und Anträge:** a) H. Prof. Dr. Schottelius spricht den Wunsch aus, der Verein möge nochmals seine Stellungnahme zu der Frage der Entnahme von Wasserproben präzisieren, wie dies schon in der letzten Sitzung geschehen sei. Es sei für ihn von großem Wert, nochmals die Ansicht des Vereins zu hören. Er halte es für unbedingt notwendig, daß in allen den Fällen, in denen das Wasser vom hygienischen Institut untersucht werden soll, die Wasserproben auch vom Institut selbst entnommen werden sollen.

Nach längerer Debatte, an der sich Merk, Thomen, Becker, Schottelius und Guttenberg beteiligen, findet der Vorschlag des Vorsitzenden, daß bei allen Neuanlagen von Trinkwasserversorgungen und bei Verseuchung von Brunnen auf Antrag des zuständigen Bezirksarztes die Untersuchungen vom hygienischen Institut vorgenommen und die Wasserproben selbst von einem Angestellten des Instituts entnommen werden sollen, einstimmige Annahme. Die chemischen Untersuchungen sollen bei diesem Antrag vorläufig außer Betracht bleiben.

Damit war die Tagesordnung erledigt. Die Kollegen versammelten sich hierauf zu einem Mahle, das einen anregenden und gemütlichen Verlauf nahm.

Dr. Becker-Freiburg.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. X.

Bericht über den III. Internationalen Kongress für Säuglingsschutz in Berlin vom 11.—15. September 1911.

Erstattet von Dr. G. Tugendreich-Berlin, Leiter der städtischen Säuglingsfürsorgestelle 5.

A. Gemeinsame Sitzung.

1. **Physiologie und Pathologie des Säuglings im Universitätsunterricht.** Geh. Med. Rat Prof. Dr. Heubner-Berlin:

In allen Nationen Europas, mit Ausnahme Rußlands und einiger kleinerer Länder, nimmt die Ziffer der jährlichen Geburten stetig ab. Das bedeutet einen Rückgang der Volkskraft, der durch um so größere Schonung des vorhandenen Bestandes an Menschenmaterial wett gemacht werden muß. Der Schwerpunkt dieser Schonung liegt in der Bekämpfung der großen Kindersterblichkeit im Säuglingsalter, die die Gesamtmortalität beherrscht. Vor allem hat der Aerztestand als Helfer und Erzieher die Hauptrolle im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit zu spielen. Daß kann ihm aber nur gelingen, wenn er im Kennen und Können so gründlich vorgebildet ist, daß jeder Einzelne in diesem Kampfe Vertrauen heischend und Vertrauen erweckend als Erzieher aufzutreten befähigt ist. Zu dieser Befähigung aber kann der Arzt nirgends anders den Grund legen, als im Universitätsunterricht.

Man bezweifelt noch jetzt vielfach die Notwendigkeit einer Unterweisung durch besonders hierzu beauftragte Lehrkräfte und hört, daß die Weisheit der jungen pädiatrischen Generation derjenigen der früheren Aerzte nicht so sonderlich überlegen sei. Demgegenüber muß betont werden, daß unsere neu errungenen Kenntnisse vom Stoffwechsel, z. B. vom Einfluß der Konstitution, im Laufe der letzten Jahrzehnte nicht ohne Einfluß auf eine Vervollkommnung des Könnens geblieben sind. Die moderne Pädiatrie hat so mancherlei Irrtümer und Fehler zu vermeiden gelehrt, die auch der erfahrene Arzt begehen mußte, weil er mit dieser Größe nicht zu rechnen verstand.

Wer nun von der Notwendigkeit eingehenderer Beschäftigung mit der Physiologie und Pathologie des Säuglings für jeden, der die Säuglingssterblichkeit als Arzt bekämpfen will, überzeugt ist, wird auch zugeben müssen, daß ein diesem Zweig gewidmeter spezieller Unterricht an der Universität gänzlich unentbehrlich ist, und weiterhin, daß er mit Erfolg nur dann geleistet werden kann, wenn dem Lehrer Klinik und Laboratorium zur Verfügung steht. Ein bloßes Ambulatorium genügt zur Ausbildung von Routiniers, nicht aber gründlicher Kenner.

Redner untersucht nun auf Grund von Anfragen, die er an 128 pädiatrische Universitätslehrer der ganzen Welt gerichtet hat, wie dem eben geschilderten Bedürfnisse von den einzelnen Staaten und Völkern Genüge geleistet wird. Er empfing auf die obigen Anfragen 93 Antworten, also rund 70 Prozent. Aus ihnen geht hervor, daß zurzeit die weitaus meisten Nationen noch nicht in genügender Weise für dieses Unterrichtsfach Sorge tragen. Einige kleinere Länder zeichnen sich in dieser Beziehung vorteilhaft aus; eine Reihe von Großstaaten sind vollständig rückständig, etwa die Hälfte steht auf mittlerer Linie, die aber eben noch viel zu wünschen übrig läßt. Von den europäischen Staaten ist Schweden am günstigsten gestellt, da hier an allen drei Universitäten alles für den pädiatrischen Unterricht erforderliche vorhanden und die Kinderheilkunde obligatorisches Prüfungsfach ist. Aehnlich günstig liegen die Verhältnisse in Finnland und Rumänien, weniger günstig schon in Dänemark, Holland, Belgien. Unter den Großstaaten steht Oesterreich-Ungarn an der Spitze, wo unter 10 Universitäten nur 2 in kleineren Kronländern ohne pädiatrische Klinik sind. In der Schweiz haben 4 von 5 Universitäten Säuglingslehranstalten; in Frankreich von 7 (unter 9 befragten) Universitäten 6 besondere Säuglingsabteilungen. In Frankreich ist zwar der Besuch der Kinderklinik obligatorisch, die Kinderheilkunde aber nicht Prüfungsfach. In Deutschland haben 3 von 20 Hochschulen keinen pädriatischen Lehrer, von den übrigen 17 haben 8 Säuglingskliniken.

4 kleine Säuglingsabteilungen, während in 5 dem pädiatrischen Lehrer nicht ein Säuglingsbett zur Verfügung steht. Gut ausgestattet sind die beiden Akademien für praktische Medizin. In Italien ist an 2 unter 11 (bei 14 angefragten) Universitäten eine Säuglingsklinik vorhanden, an 3 wird Unterricht in Findelhäusern erteilt. In Spanien bestehen keine Säuglingskliniken, sondern nur Anstalten für 2—10jährige Kinder. In England, das wegen des eigenen Charakters seiner Universitäten eine Sonderstellung einnimmt, bestehen unter 5 (von 7 befragten) nur 3 Abteilungen für Säuglinge, während in Canada, Indien, Australien die Universitäten über Säuglingskliniken verfügen. In den Vereinigten Staaten bestehen zumeist selbständige Säuglingskliniken mit der besonderen Möglichkeit individualisierender Unterweisung jedes Praktikanten. Am rückständigsten ist Rußland.

Die Vertreter der Nationen seien aufgefordert, gleich den deutschen Kinderärzten, die im vorigen Jahre an die maßgebenden Faktoren ihres Vaterlandes eine dringliche Denkschrift gerichtet haben, die mangelhaften Verhältnisse zu bessern und jeder in seinem Wirkungskreise dazu beizutragen, daß von dem Kongreß ein allgemeiner Sturmlauf in allen Ländern ausgeht, der die Neuerschließung von Unterrichtsgelegenheiten auf unserem Gebiete zum Ziele hat.

2. **Staatlicher Säuglingsschutz.** Ministerialrat v. Ruffy (Budapest): Der Säuglingsschutz wird durch das Staatsinteresse gefordert, kommt aber in den gesetzlichen Vorschriften noch nicht genügend zur Geltung. Die Teilnahme der Gesellschaft reicht nicht aus, die vorhandenen sozialen Uebelstände auszugleichen und die Lage der hilflosen Säuglinge zu bessern. Der Säuglingsschutz ist ein soziales Bedürfnis, das sich in der Staatsverwaltung Geltung sucht und Geltung suchen muß. Die ungarische Kinderschutzgesetzgebung geht hier mit gutem Beispiel voran; sie hat das Recht des verlassenen Kindes auf staatliche Versorgung anerkannt. Für die verlassenen Kinder sind 17 staatliche Asyle eingerichtet. Der Säugling bleibt aber im Asyl nur, wenn er krank ist; andernfalls kommt er in passende Pflege, für die mehrere Formen vorgesehen sind. Der staatliche Kinderschutz in Ungarn soll allerdings den privaten Kinderschutz nicht überflüssig machen. Die gesellschaftliche Wohltätigkeit findet im Gegenteil ein weites Feld der Betätigung, sofern sie sich in den Organismus der staatlichen Verwaltung einfügt. Der staatliche Kinderschutz muß jede Mutter hygienisch unterweisen und Hygiene in die Häuser der Armen tragen; er muß alle Kinder, die darauf angewiesen sind, des staatlichen Schutzes teilhaftig werden lassen. Neben dem staatlich organisierten Kinderschutzwesen und neben den sozialen Wohlfahrtseinrichtungen muß die Ausgestaltung des Universitätsunterrichts in bezug auf die Physiologie und Pathologie des Säuglingsalters ebenso wie die allgemeine Belehrung unbedingt gefordert werden.

3. **Ueber die Säuglings- und Kinderfürsorge in alten Zeiten bis zur Neuzeit.** Ministerialdirektor Turquan (Paris):

Ursprünglich waren die Völker weit davon entfernt, das Leben der Kinder zu schützen, ja gewisse Völker gingen soweit, Kinder zu religiösen Opfern zu verwenden. Aus griechischen Autoren und Textstellen der Römischen Gesetzgebung lassen sich unzweifelhafte Beweise dafür erbringen, daß diese Völker, trotz ihres hohen Intellekts, doch Mißachtung für das Leben kleiner Wesen hatten. Bei beiden dieser Völker hatte der Vater das Recht, diejenigen Kinder, die er nicht aufziehen wollte, auszusetzen oder zu töten.

Die Gesetzgebungen und die Sitten der Völker begannen erst milder zu werden, als die Lehren der christlichen Religion in der großen Masse das Gefühl für Humanität und Barmherzigkeit weckten. Kaiser Konstantin war es, der das Aussetzen der Neugeborenen verbot und den Vater, der sein Kind tötete, mit derselben Strafe, wie den Vatermörder bestrafte. Als die Kirche freier und mächtiger wurde, bemühte sie sich, überall Asyle für verlassene Kinder zu errichten; diese Bewegung hat sich durch Jahrhunderte fortgesetzt. Italien, Frankreich, Spanien besaßen die Mehrzahl dieser Einrichtungen.

Abgesehen von den religiösen Orden nahmen sich auch die Behörden im Mittelalter der Aufnahme und der Erziehung verlassener Kinder an; in einigen war es der Gerichtsherr, in anderen die Stadt- und Pfarrgemeinden, die Hospize und Spitäler.

Um nun zu zeigen, welchen Einfluß die Kinderfürsorge hatte, muß man auf **St. Vincent de Paul** zurückgehen, der in Paris die erste Gebäranstalt gegründet hat. Man kann sagen, daß dieser Mann eine neue Aera geschaffen hat, da erst von da ab und infolge seiner Schöpfung auch die öffentlichen Behörden Maßnahmen zum Schutze der Säuglinge unternommen haben. Während der Republik proklamierte die Nationalversammlung viel segensreiche Prinzipien in dieser Hinsicht und der späteren praktischen Ausführung derselben verdankt Frankreich den „Service des Enfants-Assistés", die die kleinen Verlassenen aufnimmt, sie zum Stillen gibt und ehrenhaften Personen überantwortet, die bestimmt sind, ihre Adoptiveltern zu sein, den Unterhalt und die Erziehung der Kinder überwacht und bis zu deren 21. Jahr unter Vormundschaft behält. Die Institutionen tun aber noch mehr, indem sie den Müttern, die nicht in der Lage sind, ihre kleinen Kinder aufzuziehen, helfen, und dadurch in vielen Fällen das Verlassen dieser Unglücklichen vermeiden.

Endlich wurde die Ueberwachung der nicht Verlassenen, aber in Pflege gegebenen Kinder im Jahre 1874 durch Gesetz geregelt, nach welchem diese Kinder jeden Monat durch einen Arzt inspiziert werden müssen.

B. Abteilung I: Unterricht und Belehrung.

1. Unterricht und Fortbildung der Aerzte auf dem Gebiete der Hygiene und der Krankheiten des Säuglingsalters (Referat).

a. **Marfan**-Paris: Der Unterricht in der Hygiene und Pathologie des Säuglingsalters sollte für alle Studenten der Medizin obligatorisch eingeführt werden. Ohne diesen obligatorischen Unterricht ist der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit aussichtslos. Es muß für jede Universitäts-Kinderklinik eine eigene Abteilung für Säuglinge gefordert werden, an der die Studierenden mindestens zwei Monate lang Unterricht genießen. Aerzte, die sich besonders mit dem Studium der Säuglingshygiene und Säuglingskrankheiten beschäftigt haben, sollten Zeugnisse erhalten, auf Grund deren sie zur Besetzung leitender Stellen im Säuglingsfürsorgewesen besonders berechtigt wären.

b. **Berend**-Budapest fordert in gleicher Weise eine der gewaltigen ärztlichen und sozialen Bedeutung der modernen Säuglingsfürsorge und Säuglingsbehandlung entsprechende Vertretung im Universitätsunterricht. Er verspricht sich für den jungen Mediziner große praktische Erfolge, wenn er durch gründliche Unterweisung in der Stoffwechsel-Pathologie und Therapie des Säuglingsalters einen Begriff bekommt, auch von der ständig wachsenden Wichtigkeit der Diätetik im allgemeinen. Da die Zukunft der internen Medizin auf der Hygiene, der Verhütung der Krankheiten und der Diätetik beruht, diese drei Zweige ärztlichen Wissens aber gerade im Brennpunkte der Bestrebungen der Säuglingsfürsorge stehen, so ist dies allein ein hinreichender Grund, die Säuglingsfürsorge mehr als bisher zur Geltung kommen zu lassen. Es ist nachgewiesen, daß die bessere Ausbildung der Aerzte, die Zunahme ihres Interesses das beste und billigste Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist. Es gehört deshalb ein intensiver Unterricht in der Säuglingspathologie und Therapie zu den bedeutungsvollsten Aufgaben des Staates.

c. **Koplik**-Newyork weist auf den großen Einfluß hin, den gerade die deutsche Schule auf die Entwicklung der Kinderheilkunde in Amerika ausgeübt hat. Er wünscht, das Studium der frühesten Kindheit, des Säuglingsalters, ganz abzutrennen von dem der späteren Jugend, des Spiel- und Schulalters. Er fordert schließlich die Errichtung getrennter Lehrstühle, einmal für die Hygiene und dann für das Studium der Kinderkrankheiten.

d. **Medin**-Stockholm schildert eingehend die Entwicklung des Universitätsunterrichts auf dem Gebiete der Kinderheilkunde in Schweden, wo schon frühzeitig die Wichtigkeit dieser Disziplin erkannt wurde. Bereits im Jahre 1845 wurde in Stockholm die Kinderklinik des Karolinischen Instituts eröffnet. Jetzt amtieren in Stockholm 2 mit dem obligatorischen Prüfungsrecht ausgestattete pädiatrische Professoren, deren Vorlesungen während 4 Monate besucht werden müssen. Der Hauptwert wird auf die praktische Ausbildung der ihrer Zahl nach beschränkten Studierenden gelegt.

Diskussion.

Epstein-Prag hebt hervor, daß der Unterricht in der Kinderheilkunde und seine Erweiterung in allmählicher Weise fortschreite und seine Notwen-

digkeit durch die Bedürfnisse in der Bevölkerung einerseits und der Studentenschaft anderseits immer mehr sich geltend machen werde. Er hebt noch hervor, daß an jeder der beiden Universitäten in Prag je zwei Kinderkliniken vorhanden sind, ein Beweis, daß seitens der Unterrichtsverwaltung in Oesterreich diesem Unterrichtsgegenstande eine große Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Feer-Zürich verlangt etatsmäßige Dozenten für Säuglingsheilkunde mit dem Prüfungsrecht. Namentlich in Deutschland ist der Nachwuchs groß; es fehlt aber noch vielfach die Grundbedingung für einen genügenden Unterricht der Säuglingsheilkunde.

Berend-Budapest knüpft an die Bemerkung Epsteins an, daß der Nachwuchs schwer zu finden wäre und meint, daß in Deutschland von einem „Embarras de richesse" zu sprechen richtiger wäre.

2. Ueber die Ausbildung von Fürsorge- und Pflegepersonal für Anstalten, Familie und Gemeinde (Referat):

a. Feer (Zürich) fordert für weibliche Personen, die sich dem Berufe der Säuglingspflegerin widmen wollen, neben guter körperlicher Gesundheit zunächst eine ausreichende allgemeine Vorbildung. Die Lehrzeit ist auf mindestens ein Jahr in einer Säuglingsanstalt zu bemessen, in der die Schülerinnen theoretisch in Anatomie, Physiologie, Ernährung, Hygiene, sozialer Fürsorge, durch den Arzt, praktisch am Bette des gesunden und kranken Säuglings durch Arzt und Oberschwester gemeinsam unterrichtet werden. Als Ergänzung hierzu wünscht Feer einen 4—6 wöchentlichen Kursus in einer Entbindungsanstalt.

b. Frau Oberwarth (Berlin) behandelt die Ausbildung von Fürsorgepersonal für Stadt und Land. Sie verlangt, unter kritischer Besprechung der bereits vorhandenen Ausbildungsstätten, eine gründlichere Ausbildung für polizeiliche Aufsichtsdamen, Waisenpflegerinnen und Fürsorgeschwestern, die sie auch in der Krankheitslehre ausgebildet wissen will. Für das Land befürwortet sie die Anstellung von Fürsorgeschwestern, die allgemeiner arbeiten, neben der Säuglingsfürsorge auch Tuberkulose- und Alkoholfürsorge treiben und in der Lage sind, auch krankenpflegerisch einzugreifen.

c. Kerley (New-York) schildert die Entwicklung des Unterrichts der Säuglingspflegerinnen in Amerika. Allgemeines Interesse bietet wohl die Entstehungsgeschichte dieser Institution: Frau Chapin-New-York hatte eine ausgebildete Pflegerin für Säuglinge; diese unterrichtete ein Dienstmädchen, das sich für die Pflege des Kindes besonders interessierte, etwa 3—4 Monate lang; Frau Chapin konnte sich dann überzeugen, daß dieses Mädchen als durchaus fertige Kinderpflegerin gelten konnte. Ihr Gedanke, einen derartigen Unterricht in größerem Maßstabe durchzuführen, wurde von dem New-Yorker Kinderarzt Professor Emmet Holt verständnisvoll aufgenommen. In seiner Klinik wurden Kurse zunächst mit beschränkter Teilnehmerzahl eingerichtet, in denen mit Erfolg das Ziel erstrebt wurde, die Schülerinnen in einem schließlich auf ein Jahr erweiterten Kurse zu befähigen, gesunde und kranke Säuglinge an der Brust oder künstlich genährt zu versorgen. Im Laufe von 22 Jahren haben sich diese Kurse schließlich zu einer feststehenden Einrichtung in den Staaten der Union ausgebildet. Die Nachfrage nach ausgebildeten Pflegerinnen ist eine überaus große; ihre guten Dienste werden in den Familien allseitig anerkannt.

An der Diskussion beteiligten sich Böhm (Frankfurt a. M.), Noeggerath (Berlin), Knapper (Amsterdam).

3. Unterricht und Fortbildung der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglingsheilkunde und Säuglingsfürsorge (Referat):

Rißmann (Osnabrück) macht zunächst Vorschläge, die auf eine Hebung des Hebammenstandes hinzielen; so möchte er den Titel „Schwester" (Hebammenschwester) den Hebammen gesichert wissen. Mutterschutz und Säuglingsschutz seien untrennbar; deshalb sei auf die Mitwirkung von Hebammen auf die Säuglingsfürsorge nicht zu verzichten. Durch Ausdehnung des Unterrichts auf ein Jahr, Forderung einer besseren Schulbildung, durch besondere Unterweisung der Hebammen in Mutterberatungsstellen, in geburtshilflichen Polikliniken, Mutter- und Säuglingsheimen, welche alle den Hebammenschulen angegliedert sind, will der Redner die Hebammen befähigen, gesunde Kinder auch bei künstlicher Ernährung bis zum vollendeten ersten Lebensjahre aufzuziehen und zu kontrollieren. Der pädiatrische Unterricht ist durch Hebammen

lehrer, nicht durch Kinderärzte zu erteilen. Schließlich betont Referent, daß zunächst allerdings auch auf die Heranbildung eines tüchtigen und erfahrenen Standes besonderer Hebammenlehrer mehr Gewicht als bisher gelegt werden muß. Für die Hebammen sind die Fortbildungskurse obligatorisch zu machen.

An der stellenweise sehr erregten Diskussion beteiligen sich: H. Freund (Straßburg), v. Franqué (Gießen), Marie Baum (Düsseldorf), Seitz (München), Keilmann (Riga), Poten (Hannover), Frau Gebauer (Berlin), Feer (Zürich), Rosenhaupt (Frankfurt a. M.), Schenker (Aarau), Fuhrmann (St. Petersburg), Walcher (Stuttgart), Salge (Freiburg), Siegert (Cöln).

4. Belehrung der Bevölkerung in Säuglingspflege und Säuglingsernährung (Referat):

a. Langstein (Berlin). Die hohe Säuglingssterblichkeit in einer Reihe von Ländern ist eine Erscheinung, der vielgestaltete Ursachen zugrunde liegen. Fast jede einzelne in ihrer Wertigkeit betrachtet, hat als Komponente den Mangel an Wissen über elementare Grundsätze der Ernährung und Pflege bei den Müttern. Die große Mehrzahl der Mütter erhält, ohne daß der Boden hierfür vorbereitet ist, Ratschläge bezüglich der Ernährung und Pflege des Kindes erst nach dessen Geburt; sie erfolgen teils auf dem Wege des gedruckten, teils auf dem Wege des gesprochenen Wortes. Die gedruckte Belehrung erfolgt durch Merkblätter, Broschüren und sonstige Drucksachen. Der Wert der Merkblätter wird verschieden beurteilt. Die Urteile gründen sich im allgemeinen mehr auf den persönlichen Eindruck, als auf Untersuchungen, die den Charakter der Wissenschaftlichkeit beanspruchen könnten. Auf Grund dessen ist jedoch dem Merkblatt ein Nutzen nicht abzusprechen. Das Merkblatt muß in seinem Inhalt und seiner Form einer Reihe von Mindestforderungen genügen. Diesem trägt nur ein Teil der existierenden Merkblätter Rechnung. Vor allem wird Einheitlichkeit im Texte vermißt. Diese mangelnde Einheitlichkeit ist weniger in Differenzen wissenschaftlicher Anschauungen zu suchen, als darin, daß diejenigen, die gegenwärtig praktische Säuglingsfürsorge treiben, zu wenig Fühlung mit einander nehmen und über Sonderinteressen das gemeinsame Ziel aus dem Auge verlieren. Für jedes Land ist ein einheitliches Merkblatt anzustreben; so lange ein solches nicht existiert, müssen die vorhandenen soweit redigiert werden, daß die Widersprüche aufhören. Auch für die Abfassung von Pflegebüchern muß Einheitlichkeit das Leitmotiv sein. Je einheitlicher die von sachverständiger Seite ausgehende schriftliche populäre Belehrung, umso leichter wird es gelingen, den Schaden zu bekämpfen, den Reklame und Kurpfuscherei auf diesem Gebiete stiften. Ueber die Nährmittelreklame ist ein Zensuramt zu fordern.

Als wichtige Helferinnen auf dem Gebiete der populären Belehrung haben die Hebammen zu gelten, die leider oft versagen.

Zusammenfassend läßt sich über die Bedeutung der schriftlichen populären Belehrung sagen, daß sie nur Gutes stiften kann, wenn sie unter einem einheitlichen Gesichtspunkt von durchaus sachverständiger Seite organisiert wird, mit allen Hilfsmitteln einer gesunden Propaganda und mit der Möglichkeit, störende und schädigende Nebeneinflüsse auszuschalten. Da diese Aufgabe nur durch eine Zentralisierung der Fürsorgebestrebungen erreicht werden kann, ist die Bildung von Zentralen für die Säuglingsfürsorge unbedingte Voraussetzung für planmäßiges Vorgehen auf diesem Gebiet. Von ungleich größerer Bedeutung als die schriftliche Belehrung ist die mündliche und praktische Unterweisung der Mütter. Diese Tatsache hat so allgemeine Anerkennung gefunden, daß sie gegenwärtig eine der Grundlagen unseres Programms für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit ist. Die Säuglingsfürsorgestelle ist eine der wirksamsten jener Einrichtungen, durch die wir mit den Müttern direkt Fühlung nehmen und ihre Anschauungen über Säuglingspflege am unmittelbarsten beeinflussen können. Doch ist die Möglichkeit dazu auch durch andere Maßnahmen möglich. Wo immer Fühlung mit den Frauen des Volkes genommen wird, muß Wort und Schrift aufklären.

Eine ständig wachsende Bedeutung für die populäre Belehrung gewinnen die Unterrichtskurse für Mütter. Die Kenntnis der einschlägigen Verhältnisse in jener Bevölkerungsschicht, aus der sich das Publikum des Kursus zusammensetzt, wird immer die beste Grundlage sein, auf der der Lehrplan entworfen wird. Um dem Ideal bezüglich der Ausbildung der Mütter näher zu kommen,

genügen die bisher besprochenen Maßnahmen deswegen nicht, weil sie nicht obligatorisch sind und für die meisten zu spät kommen. Wir brauchen, um festen Boden zu bekommen, Unterricht in der Säuglingspflege zu einer viel früheren Zeit. Die Frau muß für die Mutterschaft die Kenntnisse bereits mitbringen, die notwendig sind, um ihr Kind sachgemäß aufzuziehen. Die Belehrung, die sie als Mutter empfängt, soll für sie nichts weiter bedeuten, als eine Wiederholung desjenigen, was sie als Mädchen und Kind gelernt hat. Wir brauchen obligatorischen Unterricht in der Schule. Die Volksschule müßte obligatorisch die Aufgabe haben, die Grundbegriffe der Säuglingshygiene zu geben. Aufgabe der Fortbildungsschule wäre es, dem erwachsenen Mädchen im Rahmen des hauswirtschaftlichen Unterrichts eine mündliche, theoretische und praktische Ausbildung in Säuglingsernährung und -pflege zu verschaffen und es auf die Ethik des mütterlichen Berufes im schönsten Sinne des Wortes vorzubereiten. Die Fortbildungsschulpflicht muß deswegen auf die gesamte weibliche Jugend ausgedehnt werden und in den Lehrplan der Pflichtfortbildungsschule die Säuglingspflege aufgenommen werden.

b. Außet (Lille) wünscht, daß allen Gesellschaftskreisen eine Unterweisung in den Grundzügen der Säuglingshygiene und -pflege zuteil werde; er möchte diese zum obligatorischen Prüfungsgegenstand in der Schule gemacht sehen. Der theoretischen Unterweisung muß ergänzend ein praktischer Unterricht folgen, für den man mit Vorteil die Säuglingsfürsorgestellen nutzbar machen könnte.

Diskussion.

Dr. Winocouroff-Odessa: Die Bemühungen der Fürsorgestellen, die Mütter zum Selbststillen zu zwingen, sind vorläufig nur von geringem Erfolge begleitet. Dies trifft ebenso für Rußland, wie für das übrige Europa zu. Hier wie dort begnügt sich ein großer Teil (25—30 %) mit einer einzigen Konsultation, ca. 50 % entzieht sich der weiteren Beratung nach dem ersten Monat. Nicht besser steht es mit der Anleitung bei der künstlichen Ernährung und dem Allaitement mixte. Die mittlere Zahl der Besucher beträgt hier 6,5 (Rixdorf) und 10,6 (Odessa). Solche Zahlen können keine Befriedigung gewähren. Auch die Mortalität der von den Fürsorgestellen überwachten Säuglinge läßt viel zu wünschen übrig. Vorbildlich ist die dem Kaiserin Auguste Victoria-Haus in Charlottenburg angegliederte Beratungsstelle. Aehnliche Einrichtungen findet man auch in England und Amerika. Von der weiteren Entwicklung der bestehenden Einrichtungen, zusammen mit der Besserung der sozialen und ökonomischen Verhältnisse ist ein Zurückgehen der Säuglingssterblichkeit zu erwarten.

Rosenhaupt-Frankfurt a. M. weist auf den Wert der Tagespresse hin zur Verbreitung zweckmäßiger Belehrung. Wenn die Organisation der Säuglingsfürsorge die Presse dauernd mit Mitteilungen versieht, so wird diesen nicht nur die Autorität, die die Zeitung nun einmal hat, zugute kommen, sondern es wird dadurch auch die Arbeit Unberufener und Kenntnisloser allmählich aus der Presse ausgeschaltet werden.

Seitz-München hält die von Herrn Rosenhaupt herangezogene, auch von der Bayerischen Zentrale erprobte Einflußnahme auf die breiten Massen durch kurze Artikel in den Tagesblättern für sehr empfehlenswert. Bei Ausbildung von Säuglingspflegerinnen macht sich oft erschwerend geltend, daß die Grundbegriffe der Gesundheitslehre fehlen und nicht selten auch das Verständnis für die notwendigen Pflegemaßnahmen. Die genannten Grundbegriffe sollen in geeigneter Weise schon den Volksschülern beigebracht werden.

Frau Oberwarth-Charlottenburg: Prof. Langstein hat die von mir vertretene Ansicht, daß auch Frauen sich am Unterricht beteiligen sollen, als nicht richtig hingestellt, ohne dies näher zu begründen. Ich bestreite dies absolut nicht, daß die Kinderärzte in erster Reihe als Lehrer des Volkes in Frage kommen. Ich sehe aber nicht ein, warum die Aerzte die gebildete Mutter nicht als Helferin haben sollen, um so mehr da es sich hier nur um einfachste Dinge, wie Bad, Pflege usw. handelt. Bedingung ist natürlich, daß die Frau im Anschluß an eine moderne Anstalt arbeitet und auf der Höhe der Sache steht. Besonderheit unserer Kurse ist, daß wir nur 5—6 Frauen auf einmal nehmen, gebildete und ungebildete trennen.

Frau v. Soden-Steglitz regt an, daß man sich nicht mit einer popu-

lären, dem Niveau der ungebildeten Frauen angepaßten Aufklärung genügen, sondern der gebildeten Frau entsprechend ihren differenzierten Bedürfnissen und Fragen eine umfassende Belehrung zuteil werden lasse. Als ein spezieller Mangel erscheint es ihr, daß man die Gelegenheit bisher nicht benutzt hat, die sich auf den Universitäten bietet, um den studierenden Frauen, deren wissenschaftliche Bildung sie auch auf diesem Gebiet zu Führerinnen ihres Geschlechts machen sollte, durch einen Mediziner zunächst die Wichtigkeit, sodann die Grundsätze einer rationellen Kinder-, besonders Säuglingspflege naheznbringen, ähnlich wie den männlichen Studierenden die sexuellen Fragen.

Langstein (Schlußwort): Die Vorschläge von Rosenhaupt und Seitz sind beherzigenswert. Doch erst heißt es die Fachpresse reinigen. Ob die Broschüre mehr oder weniger populär, erscheint gleichgültig, wenn nur Einheitlichkeit besteht.

4. Die Wichtigkeit der Sauberkeit der Nahrung für das Problem der Säuglingsernährung.

H. Coit-Newark: Als natürliche Norm stellt er die Bestandteile der Brustmilch hin. Der Erfolg der Tiermilch hängt von ihrer chemischen, bakteriologischen und toxikologischen Reinheit ab. Bei Benutzung der Tiermilch soll durch einfache Eingriffe unter Verwendung nur in der Frauenmilch vorkommender Substanzen (Wasser, Milchzucker) eine dieser möglichst ähnliche Mischung erzeugt werden. Kindermilch soll unter ärztlicher Aufsicht (certified milk) produziert werden, wie das in Amerika durch die „Medical Milk Commission" geschieht.

Diskussion.

Noeggerath-Berlin fragt, ob auch kranke Kinder mit diesem Milchpräparat erfolgreich behandelt worden sind, und nach dem Preis kontrollierter Milch.

Siegert-Cöln glaubt nicht, daß Coits Grundanschauung richtig sei, da reiche klinische Erfahrung über günstige Ernährungsfolge auch anderer Mischungen und Zusätze vorliegen.

Heubner bewertet die Reinheit der Milch ebenfalls sehr hoch, fragt aber, ob die Anschauung von der schädlichen Wirkung des unreinen Milchzuckers durch Bakterientoxine experimentell gestützt oder hypothetisch angenommen ist.

Coit (Schlußwort): In 72 Städten Amerikas gibt es jetzt certified milk zum Preise von 10 bis 15 cents (50 bis 60 Pfg.) pro quart (ca. 1 Liter). Auch das ärmere Publikum zahlt diesen Preis gern, da er den amerikanischen Nahrungsmittelpreisen entsprechend nicht hoch genannt werden kann. Sie ist auch für Kranke erfolgreich benutzt worden. In Newyork werden z. B. von den täglich eingeführten ca. 2—3 Mill. Liter Milch 20000 Liter streng und 100000 Liter etwas weniger streng kontrolliert. Die Bakterientoxine in Milchzuckerlösungen sind nicht exakt nachgewiesen.

5. De l'action thérapeutique des laits homogéneises.

Lassabatie-Rochefort sah gute Erfolge bei der Darreichung sterilisierter, homogenisierter Milch und bedauert, daß dies im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit angeblich so wirksame Nahrungsmittel bisher auch im ärztlichen Publikum fast unbekannt geblieben ist.

C. Abteilung II: Praktische Durchführung der Fürsorge.

1. Allgemeines in der praktischen Säuglingsfürsorge (Referat).

a) Taube-Leipzig weist auf die Bedeutung einer kommunalen Bau- und Wohnungskontrolle hin. Mehr als bisher geschehen, sollte hierbei das Säuglingsalter berücksichtigt werden. Die Anstellung weiblicher Wohnungsinspektoren ist dringend wünschenswert. Sodann fordert Redner kommunale Wöchnerinnenheime, besonders aber Propagierung der Brustnahrung durch Stillprämien, Stillstuben. Eingehende Hilfe erfordern die unehelichen Kinder. Für sie muß ein besonderes System sozialer Fürsorge geschaffen werden, am besten nach dem Leipziger System, das von dem Redner eingehend geschildert wird. Die Erfolge dieses Systems werden am besten dadurch charakterisiert, daß weniger uneheliche als eheliche Säuglinge an Magen-Darmkrankheiten in Leipzig starben.

b) Lesage-Paris: In allen Ländern ist die Säuglingsfürsorge eine

Notwendigkeit, die in der zu großen Kindersterblichkeit ihre Begründung hat, diese ist vielfach das Resultat des Aufgebens des Stillens, der künstlichen Ernährung und aller der Vorurteile und Irrtümer des Volkes. Redner zeigt, daß die Säuglingsfürsorge in alten Zeiten seit den Griechen und Römern existiert hat. Er führt hierzu historische Tatsachen an und zeigt, daß in den letzten 20 Jahren eine förmliche Renaissance eingetreten ist, die ihren Ursprung in Frankreich in den Aktionen Roussel, Budin, Pinard und P. Strauß hatte.

Dr. Lesage rühmt die Ernährung durch Muttermilch und zeigt, wie groß deren Vorteile sind, indem er Vergleiche zwischen dem Brustkinde und dem Flaschenkinde anstellt. Die künstliche Ernährung ist nur ein Notbehelf. Wenn die Brusternährung nicht möglich ist und das Kind mit der Flasche aufgezogen wird, so ist eine strenge Ueberwachung desselben von nöten.

Redner bespricht die Resultate der beiden vorangegangenen Kongresse und würde wünschen, daß die „Union internationale de protection des Nourissons" in Zukunft aus zwei Abteilungen bestehen soll:

1. eine medizinische Abteilung, die sich mit allem, was die Ernährung und die Hygiene betrifft, zu befassen hätte,
2. eine Abteilung, welcher alle finanziellen und philantropischen Fragen zur Erledigung zuzuweisen wären.

c) Cacace-Neapel stellt dann in objektiver Weise in großen Zügen dar, was in der Kulturwelt und speziell in Italien bereits erreicht wurde oder noch erreicht werden muß, in Hinsicht auf die Hygiene der Schwangeren, der Gebärenden, der Wöchnerin, des Neugeborenen, des Säuglings; auf rationelle Instruktionen bezüglich des Aufziehens, bezüglich der Stillpropaganda, Erziehung der Mutter, Lehrerinnen und Kinderpflegerinnen, Ueberwachung der bezahlten Amme, Fürsorge der verlassenen Kinder, soziale Gesetzgebung betreffs der Kinder, Schaffung von Instituten und Organisationen des hygienischen Säuglingschutzes. Er widmet seine Ausführungen speziell diesen Instituten und berichtet über die in Italien erzielten Resultate. Er teilt die Institute in solche zur Unterstützung und Prophylaxis für Mütter und der Hilfe für Säuglinge und in solche, die erzieherische Zwecke haben, ein, sowie in Institute, die dies alles vereinigen. Unter den Anstalten hebt er zwei Neugründungen in Italien hervor, die von ihm geschaffen wurden: die Wanderkurse über Kinderhygiene und populäre Mutterschulen.

Die zweite Einrichtung, d. sind die populären Mutterschulen, hat den Zweck, die Frauen aus dem Volke durch eine Serie von praktischen Vorträgen zu unterweisen und ihnen vor allem die wichtigsten Begriffe der Säuglingspflegehygiene beizubringen. Die erste dieser Schulen ist gleichfalls dem Istituto Nipiogienico angegliedert und befindet sich in Afragola, andere neueren Datums befinden sich in Alkito, St. Angelo, Alife, Neapel, S. Giuseppe Vesuviano, und unterstehen ebenfalls dem vorstehend genannten Institute.

Unter den Fürsorgestellen erwähnt der Redner das von ihm gegründete Instituto Nipiogienico in Capua, das seit dem 11. November 1905 existiert. Dieses Institut zielt auf eine Vereinigung der verschiedenen Typen der Fürsorgebestrebungen ab, wie Säuglingsfürsorgestellen, Säuglings-Poliklinik, eine Schule zur Unterweisung über Säuglingshygiene für Mütter, Lehrerinnen und Kinderpflegerinnen, Wanderkurse über Kinderhygiene, populäre Mutterschulen, Laboratorium für chemische Untersuchungen der Milch und für das Studium des Aufziehens. Das Institut hat anderen Institutionen als Muster gedient. Das Institut de la Puericulture in Paris erinnert in seinem Programm an das Istituto di Cacace.

2. Etude critique des oeuvres de protection de l'enfance.

Decherf-Tourcoing: In Frankreich bestand schon im 18. Jahrhundert die Société de Charité maternelle, die Einrichtungen zur Hilfe der Mutter schuf. Konsultationen und Milchküchen helfen jetzt die Sterblichkeit herabsetzen, ebenso Heime, die Kinder aufnehmen, denen eine genügende Pflege zu Hause nicht zur Verfügung steht. In dankenswerterweise weist Redner auch auf die Möglichkeit eines besseren pädiatrischen Unterrichts der Studierenden hin.

3. A report on the Progress made in America in the protection of childlife.

Der Vortragende, Nathan Strauss-Newyork, glaubt an die günstige

Einwirkung der pasteurisierten Milch; besonders Chicago habe sich um die Einführung der pasteurisierten Milch große Verdienste erworben. Rohe Milch dürfe nur dann gereicht werden, wenn sie von tuberkulingeprüften Kühen stamme.

4. **The efficacy of system of Voluntary Visitation in Relation of Infantile Mortality.**

Williamson-Edinburg verlangt an erster Stelle die Einführung einer Anzeigepflicht für alle Geburten an die städtischen Gesundheitsämter; diese hätten besondere Aufsichtsdamen zu verständigen, bevor sie ihre Tätigkeit beginnen können. In Edinburg ist diese Art der Aufsicht am weitesten gediehen. Die Stadt ist in viele Aufsichtsbezirke geteilt, mehrere hundert Frauen sind unter sachverständiger Leitung tätig. Die Wohnungskontrolle stellt eine der Hauptaufgaben dar. Dank dieser Institution fiel die Säuglingssterblichkeit in den Arbeiterquartieren mit überfüllten Wohnungen binnen drei Jahren von 160 auf 103 der Todesfälle pro Mille der Lebendgeborenen.

5. **L'oeuvre de la protection de l'enfance en Egypte.**

Aziz Nazmi Bey-Kairo schildert eingehend die Einrichtungen, die auf dem Gebiete des Kinderschutzes in Aegypten getroffen sind.

6. Suñez-Valladolid bespricht eingehend den großen Einfluß der **Sommerdiarrhöen auf die Säuglingssterblichkeit in Spanien.**

7. **Das Verhältnis des Säuglingsschutzes zur Auslese.**

Breitung-Koburg betont, daß der Säuglingsschutz mit den Lehren der natürlichen Auslese nicht im Widerspruch steht.

8. Seitzeff und Grauermann-Moskau berichten über **die Entwicklung der städtischen Säuglingsfürsorge in Moskau.**

9. **Homicultur.**

Hernandez und Ramos-Havanna erörtert die Mittel und Wege, ein tüchtiges, widerstandsfähiges Menschengeschlecht heranzuziehen.

10. **Die Säuglingssterblichkeit in Russland und ihre Bekämpfung.**

Hubert-St. Petersburg bespricht die enorme Säuglingssterblichkeit Rußlands, und die Fürsorge, die besonders die Gesellschaft für Gesundheitspflege zu ihrer Bekämpfung geschaffen hat.

11. **Ueber die Notwendigkeit der Kombination der offenen Säuglingsfürsorge mit der geschlossenen.**

Scheible-Bremen: In Freiburg i. Br. ist es gelungen, die Gesamtsterblichkeit der unehelichen Säuglinge fast auf das Niveau der Sterblichkeit der ehelichen herabzudrücken und in den letzten 4 Jahren dort zu halten. Sie betrug im Durchschnitt 13% gegen 12% bei den ehelichen. Erreicht wurde es durch Zusammenarbeiten der offenen Fürsorge (ärztliche Kontrollstunde) mit der geschlossenen (Krippe und Krankenhaus). Die Zusammenarbeit wurde dadurch ermöglicht, daß die ärztliche Leitung beider Stellen vereinigt wurde. Die Direktion der Kinderklinik bekam die Leitung der ganzen Organisation.

Dabei wurde das Experiment gemacht, die Milchversorgung der unehelichen Säuglinge auf keine Weise zu überwachen oder zu verbessern. Der Ausfall des Experimentes beweist, daß mangelhafte Milchversorgung an der früheren hohen Sterblichkeit der unehelichen (über 25%) keine nachweisbare Schuld gehabt haben kann.

Aus dieser Erfahrung geht hervor, daß die Einheitlichkeit in der ärztlichen Leitung der offenen und geschlossenen Fürsorge der wichtigste Faktor ist bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. In sehr großen Städten kann die Einheitlichkeit der Leitung ganz gut in einzelnen Stadtbezirken hergestellt werden.

Voraussetzung für Erzielung eines Erfolges ist, daß der ärztliche Leiter einer solchen Organisation über hinreichende Spezialkenntnisse in der Beurteilung und Ernährung des gesunden und kranken Säuglings verfügt.

12. **Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen.** (Referat.)

a) v. Franqué-Gießen: Ein Hauptziel der öffentlichen Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen muß eine durchgreifende Reform des Hebammenwesens sein, ferner die Unterbringung aller bedürftigen Schwangeren und Wöchnerinnen in geburtshilfliche Anstalten, die zu diesem Zweck um das Fünffache vermehrt werden müßten. Auch alle anderen Schwangeren müßten wenigstens in den letzten 6—8 Wochen vor erschöpfender und ungesunder Arbeit und Nahrungssorgen geschützt sein, wozu ein entsprechender Ausbau

des Krankenkassenwesens, und zwar in weiterem Umfange als es in der Reichsversicherungsordnung geschehen ist, erforderlich wäre, da durch private Fürsorge das angestrebte Ziel ebenso wenig erreichbar ist, wie ein genügender Schutz der Wöchnerinnen. Für diese müßten außer sachverständiger und aseptischer Leitung der Geburt, zum mindesten sichergestellt werden eine genügende Ernährung, Ruhe und Nahrung in den ersten 6 Wochen nach der Geburt und eine Ermöglichung des Selbststillens, so lange als irgend tunlich. Unentgeltliche, zum Teil leihweise Ueberlassung der zur Geburt nötigen Hilfsmittel, Organisation der Wochenpflege und Hauspflege, direkte Unterstützung durch Naturalien und Geld würden die Mittel bilden. Eine gesetzlich geregelte ausreichende Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen wäre die wirksamste Waffe gegen zwei neuerdings dem deutschen Volke drohende Gefahren: Die Zunahme der kriminellen Aborte und die Abnahme der Geburtenzahl.

b) v. d. Velde-Haarlem: Durch planmäßige, streng beaufsichtigte Massen-Wochenpflege, wie diese nach dem vom Redner organisierten Haarlemer System der Wochenfürsorge stattfindet, gelingt es, die Säuglingssterblichkeit in den unbemittelten Bevölkerungsklassen bis auf ein Drittel herabzusetzen. Von 500 der so während der ersten 14 Tage im Hause gepflegten, später aber nicht beaufsichtigten Säuglinge, waren am Ende des ersten Lebensjahres nur 20, d. i. 4 %, gestorben. Dagegen betrug die Mortalität der übrigen nicht gepflegten Kinder derselben Mütter 12,4 % für das erste Lebensjahr. In den zwei letzten Jahren, welche der Beeinflussung durch Wochenversorgung vorangingen (1905 u. 1906), betrug die Säuglingssterblichkeit in Haarlem 11,51 %. Die Einführung der erwähnten Pflege, die doch nur 1/4 der Geburten umfaßt, hat die Mortalität bis auf 8,98 % in 1907—1908 herabgesetzt (1909: 8,5 %, 1910: 7,75 %) und für diesen Zeitabschnitt Haarlem mit einem Schlage an die Spitze der 10 größten Städte Hollands gestellt. Der günstige Einfluß, den eine derartige vierzehntägige Wochenpflege auf die Säuglinge während des ganzen ersten Lebensjahres ausübt, läßt sich hauptsächlich erklären durch:

a) sehr starke Einschränkung der Sterblichkeit, während der Pflegezeit in Haarlem bis auf 20 %.
b) Förderung des Stillens (95—96 %).
c) Erhaltung der Gesundheit und Kräftigung der Mütter.
d) Belehrung der Mütter und ihrer Umgebung durch Wort und Tat.

Zusammengefaßt ergibt sich: Wochenfürsorge ist der wirksamste Säuglingsschutz!

An der Diskussion beteiligen sich: Henriette Fürth-Frankfurt a. M., Frau Schönfließ-München, Straßmann-Berlin.

13. Der Einfluss der Hitze auf die Sterblichkeit der Säuglinge in Berlin. Liefmann-Berlin: Es ist eine bekannte Tatsache, daß zwischen Hitze und Säuglingssterblichkeit ein Zusammenhang besteht. Man dachte bisher, daß die von der Hitze begünstigte Milchzersetzung den Tod so vieler Kinder in heißen Sommern bedinge. Die neuesten Forschungen zeigen aber, daß zweifellos auch ein anderer, schädlicher Einfluß der Hitze besteht, der bisher nicht genügend beachtet ist.

Die Sterblichkeit folgt öfters der Hitze so ungemein rasch, daß nichts anderes übrig bleibt, als anzunehmen, daß die gestorbenen Kinder zu einem großen Teil den direkten Einwirkungen der Hitze — also an Hitzschlag erlegen sind. Dies ist von amerikanischen Aerzten und bei uns neuerdings von E. Meinert und Finkelstein behauptet worden; ein Ueberblick über viele Jahre der Berliner Säuglingsstatistik lehrt, daß diese Anschauung tatsächlich fast in jedem Sommer zutrifft. Zahlreiche Beweise lassen sich dafür anführen, der zwingendste ist wohl, daß die Kinder an heißen Tagen (nach den Angaben der Totenscheine) vorwiegend nicht an Darmstörungen zugrunde gehen, sondern an Krämpfen, d. h. an den Erscheinungen, die auch beim Hitzschlag des Erwachsenen prävalieren. Die Sterblichkeit zeigt aber, daß auch die Verdauungsstörungen, die namentlich im Spätsommer herrschen, in einem Zusammenhang mit der Hitze stehen. Es wäre aber durchaus verfehlt, anzunehmen, daß die Hitze direkt zur Darmerkrankung führt. Die experimentellen wie die statistischen Beobachtungen widersprechen dem entschieden. Zur Hitzeschädigung muß sich eine unzwe[illegible] [illegible]nährung [illegible]esellen, wenn

Darmaffektionen entstehen sollen. Nur auf diese Weise sind die Verdauungsstörungen der Säuglinge im Sommer, die so oft einen unheilvollen Ausgang nehmen, zu erklären.

Will man daher die Sommersterblichkeit bekämpfen, so darf man den Hitzefaktor nicht unberücksichtigt lassen. In allem Anschein nach kann man durch einfache Maßnahmen, die gegen die Hitzeschädigungen der Kinder sich richten, in einfacherer und wirksamerer Weise, als es bisher möglich war, viele Säuglingstodesfälle im Sommer vermeiden.

Diskussion:

Langstein: Trotz hoher Temperaturen (28—29° C) konnten im Kaiserin Augusta Viktoria-Haus keine Hitzschläge unter den Säuglingen konstatiert werden. Dies wurde erreicht durch luftigste Bekleidung, reichliche Verabreichung von Wasser, Vermeidung des Zuckerzusatzes usw. In geschlossener Fürsorge sind diese Erfolge nach schneller Abgabe der erkrankten Säuglinge in Einzelpflege am leichtesten zu erreichen.

Salge - Freiburg i. S.: Ich unterstütze die Ausführungen Langsteins. Ich habe in diesem Sommer genau dieselben Erfahrungen gemacht. Die Theorie Liefmanns zur Erklärung der Nachwirkung der Hitze habe ich schon vor 6 Jahren aufgestellt, bewiesen ist sie bisher noch nicht. Wichtig ist der von Langstein betonte Punkt, daß das Material an Säuglingen von Bedeutung ist, das der Hitzeschädigung ausgesetzt wird. Die Fähigkeit der Wärmeregulation ist verschieden bei den einzelnen Individuen; diese Fähigkeit muß genauer studiert werden, um ihre Grenze kennen zu lernen und um eine vernünftige Kleiderhygiene zu erzielen.

Die gesunden Kinder halten ganz leicht mit einem Hemdchen bekleidet die Hauttemperatur; bekleidet man sie stärker, so regulieren sie auch nach Abgabe von Wasser durch Schwitzen usw. Der vorher schon kranke oder geschwächte Säugling aber reguliert dann nicht mehr vollständig; bei ihm kommt eine genügende Entwärmung nicht mehr zustande. Warnen möchte ich vor einem Schema, etwa derart, daß nun alle Erkrankungen im Hochsommer durch Hitze bedingt seien. Gegen die Aufstellung eines Schemas spricht die außerordentliche Verschiedenheit des Säuglingsmaterials.

Rosenhaupt-Frankfurt a. M. ist der Ansicht, daß auch der Wasserversorgung eine größere Bedeutung bei der Bekämpfung der Sommersterblichkeit zuzumessen ist. In Leipzig z. B., wo die Wasserkalamität wohl am größten war, hat sich die Sommersterblichkeit mehr als vervierfacht, in Frankfurt a. M. dagegen, wo sie unausgesetzt funktionierte und keine Beschränkung der Wasserabgabe durch Wassermesser besteht, hat sie sich nur um die Hälfte vermehrt. Es dürfte sich empfehlen bei einer statistischen Verarbeitung der Sommersterblichkeit in den Großstädten nicht nur die jeweilige Tagestemperaturen, sondern auch das jeweilige Funktionieren der Wasserversorgung zum Vergleiche heranzuziehen. Wasser ist nötig, um dem erhöhten Flüssigkeitsbedürfnis des Säuglings zu genügen; Wasser braucht man, um durch häufigeres Baden am Tage dem Hitzschlag der Säuglinge entgegenzuarbeiten, und Wasser ist schließlich nicht zu entbehren, um die künstliche Nahrung abzukühlen oder kühl zu halten.

Siegert-Cöln: Die Wasserversorgung kann nur in geringem Grade mitspielen, so lange noch gutes Wasser, wenn auch beschränkt, zur Verfügung steht. Köln hatte Wasser, genau wie Frankfurt, aber die hier fehlende enorme Steigerung der Mortalität. Hier in Berlin hat z. B. Schöneberg keine, die Arbeiterviertel eine hohe Sterblichkeit. Die heiße Proletarierwohnung wird zum Sterbehaus, die freistehende, gesunde Proletarierwohnung nie, so wenig wie die Wohnung des Wohlhabenden. Langstein hat für seine Kranken die Wohnungsreform tatsächlich gelöst durch Verbringung der Kinder in das vorzügliche Kaiserin Augusta Viktoria-Haus. Aber unmöglich ist die Wohnungsreform nicht, unmöglich ist keine unabweisbare, hygienische Maßregel, wo es sich um Menschenleben handelt. Unsere Großstädte werden hier so wenig versagen wie Hamburg bei der Cholera, München beim Typhus; dafür garantiert uns ihr beispielloser Opfermut in allen hygienischen Maßregeln. Also weg mit den garnicht so zahlreichen Hitze-Sterbehäusern! Schaffung einer wirksamen Wohnungskontrolle, so daß das nötige Maß an Luft wenigstens gewahrt wird. Daß die Hitze, und nur diese, schwere Darmaffektionen be-

günstigt, auch bei gesundem Magen und oberen Darm lehren uns die zahlreichen Erkrankungen der Erwachsenen und Säuglinge wie Kinder. Das „Wie" wird zu untersuchen sein. Zum Sommertod des Säuglings aber führt der Weg von der Sommerhitze über die ungesunde Wohnung und einen fast regelmäßigen in heißen Jahren geltenden kranken „Zustand". Diesen Weg zu unterbrechen wird uns nur gelingen, wenn wir die dauernde Ueberhitzung der Säuglinge durch Abkühlung wenigstens vorübergehend verhüten. Aber Wohnungsreform und damit auch Bodenreform sind unerläßliche Faktoren im Kampf gegen den Sommertod des Säuglings.

Bernheim-Karrer-Zürich berichtet über Erfahrungen aus dem Züricher Säuglingsheim, die mit denjenigen der von den Herren Langstein, Finkelstein u. a. in diesem heißen Sommer gemachten übereinstimmen.

Gleichzeitig wurde in einem Zimmer noch der Einfluß der Milchverderbnis hinzugefügt und Milch gereicht, die sorglos und ohne Abkühlung aufbewahrt worden war. Auch dadurch konnte kein von den anderen Zimmern abweichendes Resultat erzielt und kaum eine Störung beobachtet werden, die nicht vom Zustand des Kindes abhängig gewesen wäre.

Endlich wird noch über eine Untersuchung über den Verlauf der Säuglingssterblichkeit in den Schweitzer Städten in den einzelnen Monaten des Jahres 1909/10 berichtet. Sie ergab, daß von 18 städtischen Gemeinwesen nur 4 einen Sommergipfel zeigten, 4 im Sommer keinen höheren Anstieg und 10 sogar einen geringern als in den Winter- bezw. Frühjahrsmonaten. Ein Beweis, daß das von den deutschen Aerzten erstrebte Ziel, die Sommersterblichkeit zum Rückgang zu bringen, erreichbar ist.

Herr Göppert-Göttingen: Aus den Verhandlungen geht die Uebereinstimmung hervor, daß die Ueberhitzung eine große Bedeutung für die Säuglingssterblichkeit besitzt und daß wir folgerichtig versuchen müssen, diesen schädigenden Faktor auch dort zu verringern, wo es am nötigsten ist, daher bei den Kindern der Arbeiter. Wohnungsreform im Sinne Sieggerts ist gewiß erstrebenswert; wir wünschten, alle daran mitarbeiten zu dürfen. Leichter ist durch Benutzung der Presse jeden Sommer den Eltern zu wiederholen, wie sie nach Möglichkeit das Kind vor überflüssiger Ueberhitzung schützen können. Eine solche Belehrung muß enthalten:

1. Pflege der Wohnung bei heißen Tagen,
2. Wahl des Zimmers (nicht Küche),
3. Bettung und Kleidung des Kindes,
4. Pflege der Milch,
5. Art der Ernährung, besonders a. große Nahrungspausen, b. Verringerung der Zuckermenge, c. reichliche Verabfolgung von Wasser oder Sacharinthee in der Zwischenzeit,
6. Abkühlung des überhitzten Kindes durch kühle Waschungen.

Genersich-Budapest: Schon im Jahre 1905 hat er den Einfluß der Hitze auf die Körpertemperatur direkt beobachtet. G. hat im Wärme-Zimmer eine Erhöhung der Temperatur beim eingewickelten Kinde schon bei 28° C gesehen. Der Einfluß der Kleidung wurde ganz exakt nachgewiesen. Man konnte den Einfluß der Hitze nicht als ganz gleich finden. Es waren Kinder, die auf Hitze auffallend reagierten, andere zeigten nur geringe Erhöhung. Ein Säugling reagierte bei 35° C schon nach 1½ Stunden mit 39,8° C.

Da man die äußere Temperatur während der heißen Sommerzeit nicht beeinflussen kann, und die Wohnung trotz Lüften während der ganzen Nacht und Beschattung der Fenster nicht kühl gehalten, speziell nicht eine Zimmertemperatur unter 28° C erreicht werden kann, muß man trachten, die Kinder abzukühlen. G. hat schon seit Jahren beobachtet, daß das öftere Baden der Kinder in lauwarmen Wasser von sehr günstigem Einfluß war. Er ließ deswegen die Säuglinge 2 mal täglich baden, sobald die Zimmertemperatur auf 28° C anstieg, wendete sogar abends ein drittes Bad an, wenn die heißen Nächte keine natürliche Abkühlung erlaubten.

Medin-Stockholm: Eine Beobachtung von Stockholm: Wir haben in Schweden und auch in Stockholm diesen Sommer eine für unsere Verhältnisse furchtbare Hitze gehabt. Während dieser Zeit war der Gesundheitszustand sehr gut, Sterblichkeit sogar unter den Kindern im ersten Lebensjahre außerordentlich gering. Im Kinderhause haben wir im Monat August bei den Außentemperatur von 28—30 Graden so ungefähr 225 Säuglinge zu pfleger

gehabt. Der Gesundheitszustand verblieb der beste; während vier Wochen des Monats August ist kein einziger Todesfall eingetroffen. Das Geheimnis: Große Räume, die peinlichste Reinhaltung, Fenster Tag und Nacht offen, die Kinder während des Tages in den Schatten hinaustragen. Nach der Erfahrung dieses Sommers glaube ich nicht, daß eine hohe äußere Temperatur selbst direkt für den Säugling schädlich ist.

Epstein-Prag ist derselben Ansicht.

Auerbach-Berlin: Die Erfahrung der Aerzte mit ausgedehnter Arbeiterpraxis, die von den Erwachsenen in der heißen Zeit sehr vielfach wegen akuter Verdauungsstörungen konsultiert werden, beweist, daß unter dem Einfluß der Hitze bei gleicher Nahrung Schädigungen entstehen. Den guten Erfolg einer reinen Kindermilch für Säuglinge bei sonst guten pfleglichen Verhältnissen beweisen die jährlichen Mitteilungen des Berliner Kinderschutzvereins von Prof. Neumann. Auerbach empfiehlt für geschlossene Anstalten Kühlzimmer nach den zweckmäßigen Einrichtungen im Geschäftshause der Deutschen Bank in Berlin.

Rietschel-Dresden freut sich, daß heute fast allgemein angenommen wird, daß der Hitze ein entscheidender Einfluß zugesprochen wird. Natürlich ist damit das Problem nicht geklärt, aber nun gilt es, Baustein auf Baustein weiter zu errichten, um dann an dem großen Gebäude uns zu freuen. Redner möchte nur ganz kurz einen Fall mitteilen, der mit der Sicherheit eines Experiments beweist, daß tatsächlich durch Hitzeeinwirkung ein Kind schwer geschädigt werden und unter Brechdurchfall erkranken kann. Es wurden in diesem Sommer nicht nur die Wohnungen der Arbeiterquartiere, sondern auch die Kinder regelmäßig gemessen und außerdem dafür gesorgt, daß eine quantitative und qualitative einwandsfreie Nahrung gereicht wurde. Die Wohnungstemperatur (von Mitte Juni an wurde gemessen) war in besagtem Falle nachts noch bis 38° C. Das Kind befand sich anfangs ganz wohl, selbst unter der großen Hitze litt es nicht so sehr, es wurde nur matt, blasser. Da plötzlich im August bekam das Kind höhere Temperaturen 38,0, 37,8 etc., und mit einem Mal bekam das Kind 40,4 und Brechdurchfall mit Erbrechen, einen typischen Sauerbrechdurchfall. Solche sicheren Beobachtungen lassen doch wichtige Schlüsse zu. Wie die Einwirkung der Hitze auf das Kind den Durchfall hervorruft, ist eine wissenschaftliche Frage und gehört nicht hierher.

Nun zum Schutze der Kinder. Der kausale Schutz gipfelt in der Wohnungshygiene; aber die symptomatische Behandlung durch Belehrung der Mutter in der Weise, wie die Herren vor mir ausgeführt haben, und wie ich das selbst wiederholt schriftlich niedergelegt habe, ist zunächst das praktisch Wichtigste. Das muß eine Aufgabe des praktischen Säuglingsschutzes sein, eine Aufgabe, die goldene Früchte tragen wird.

Hirsch-Wiesbaden: In Wiesbaden wurde von mir die Sterblichkeit von 4 Häusern untersucht, die nach meiner Beobachtung eine besonders hohe Säuglingssterblichkeit von jeher aufwiesen. Im Jahre 1905 starben von 10 Säuglingen in diesen Häusern 9,

im Jahre 1906 von 11 Säuglingen 4				im Jahre 1909 von 14 Säuglingen 4		
„ „ 1907	„ 9	„	3	„ „ 1910	„ 12	„ 6
„ „ 1908	„ 9	„	7	„ „ 1911	„ 13	„ nur 2

Diese geringe Säuglingssterblichkeit im Jahre 1911, wo auch in Wiesbaden eine exzessive Hitze herrschte, ist in den oben angeführten „Sterbehäusern" dadurch zu erklären, daß den betreffenden Müttern die Anweisung gegeben wurde, die Kinder zweimal zu baden, öfters kühl abzuwaschen und längere Zeit nackt liegen zu lassen. Dabei wurde fleißig Wasser zu trinken gegeben. Durch diese einfachen Maßnahmen konnte diese geringe Mortalität in diesen Häusern im Jahre 1911 erzielt werden.

Liefmann (Schlußwort) hebt einzelne Punkte der Diskussion hervor und gibt nochmals seiner Ueberzeugung dahin Ausdruck, daß die Hitze ein wesentlicher Faktor für den Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit sei.

14. Fürsorgestellen und Stillpropaganda (Referat):

a. Sykes-London bespricht die Organisation der englischen Mutterberatungsstellen.

b. Deutsch-Budapest. Die Säuglingsfürsorgestellen in Ungarn. Er hebt die wesentlichen Punkte der ungarischen Säuglingsfürsorgestellen hervor.

Partielle Erfolge wurden erzielt, die gesamte Sterblichkeit der Säuglinge von Budapest ist jedoch noch nicht gesunken.

15. Milchküchen und ihre Erfolge (Referat):

Salge-Freiburg i. Br. betrachtet die Abgabe von Säuglingsnahrung in trinkfertigen Portionen nur dann als geeignete Maßregel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, wenn die Milchküche mit einer Beratungsstelle für Mütter aufs engste verbunden ist. Falls Milchabgabe notwendig erscheint, so soll diese möglichst nur gegen Entgelt (ausgenommen notorische Armut) erfolgen, hingegen die natürliche Ernährung durch Gewährung von Stillprämien gefördert werden. Milchabgabe an bemittelte Kreise ist nicht zu billigen.

Diskussion.

Nathan Strauß-New-York: Das Stillen der Mütter ist selbstverständlich das beste. Wo dies nicht möglich, ist in Portionen fertig gestellte pasteurisierte modifizierte Mich an Stelle der Mutter zu geben, sei dies ein Tag, eine Woche, oder Monate nach der Geburt. Der Wert pasteurisierter Milch wurde wieder dargelegt während der Monate Juni, Juli, August, als die Hitze so viele Säuglinge in Berlin tötete. In der Eberswalder Milchküche starb von 140 Kindern im Monat Juli keines, im Juni nur ein zweitägiges und im August zwei an Lungenentzündung. Diese Milchküche richtete ich vor drei Jahren ein; die Milch wird nach meinem System pasteurisiert. Aehnliche Erfolge sind in den von mir errichteten Milchküchen in Dublin und Karlsruhe erzielt worden.

Hirsch-Wiesbaden: Das Referat von Salge über die Milchküchen und ihre Erfolge sind von einer hochgradigen Skepsis beherrscht über den Wert dieser Einrichtungen. Mit Recht! Ich selbst schätze den Wert der Milchküchen nur gering ein. Wir alle wissen, daß ein großer, wohl der größte Teil von Magendarmstörungen, besonders aber die ausschließlich in der heißen Jahreszeit zu beobachtenden schweren Zustände, die einhergehen mit Krämpfen, Bewußtseinstörungen und Durchfällen mit der Qualität der Milch garnichts zu tun haben, sondern direkte Hitzeeinwirkungen sind, daß ein anderer Teil der Magendarmschädigungen hervorgerufen wird durch einzelne Bestandteile der Milch, sei es das Fett oder der Zucker, also auch bei der einwandsfreiesten Nahrung vorkommen, und daß nur ein sehr geringer Teil der Magendarmstörungen auf Einsaat pathogener Keime in die Milch zurückzuführen sind. Ich frage mich deshalb: Wozu Milchküchen, und bin geneigt, ihre Notwendigkeit im allgemeinen zu verneinen. Wir haben ja fast gar keine Kontrolle darüber, was aus der Milch im Hause des Konsumenten wird. In den meisten Fällen ist die ärztlicherseits angeordnete Tiefkühlung im Hause fragwürdig und meistens beim besten Willen nicht durchführbar, in sehr vielen Fällen wird gegen die ärztliche Anordnung den Säuglingen nebenher irgend eine Nahrung gegeben, weil die in den Milchküchen abgegebene Nahrung von der Bevölkerung bei ihrem Hange zur Ueberfütterung als quantitativ nicht ausreichend angesehen wird. Die von Schwestern und Ehrendamen ausgeübte Hauskontrolle kann den Mißbrauch erschweren, verhindern kann sie ihn nicht.

Es wird nun die Frage erhoben werden: Sollen wir also auf die Errichtung von Milchküchen vollkommen verzichten? Im allgemeinen kann dort auf Errichtung von Milchküchen verzichtet werden, wo die Versorgung mit rein gewonnener, einwandfreier Milch durch Molkereien stattfindet, wo dieselben sogenannte Vorzugsmilch oder Sanitätsmilch liefern, und wo die Bevölkerung so intelligent ist, Milchmischereien herzustellen. Wenn man einwendet, daß der kleine Mann den hohen Preis einer solchen Qualitätsmilch nicht zahlen kann, so kann die Frage so geregelt werden, daß die Kommunen oder die wohltätigen Vereine, die sich mit Säuglingsfürsorge befassen, die Differenz darauf zahlen können. Die Gelder, die auf diese Weise dadurch, daß die Errichtung von kostspieligen Milchküchen unterlassen wird, gespart werden, werden besser für die Stillpropaganda verwandt. Da, wo es sich um eine indolente und nicht intelligente Bevölkerung handelt, mögen immerhin Milchküchen errichtet werden. Aber man möge sich immer vergegenwärtigen, daß auch hier aus den oben angeführten Punkten nur eine Prophylaxe in sehr beschränktem Umfange stattfinden kann.

Eine wirksame Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wird durch Milch-

küchen sie möglich sein. Der Hauptwert ist auf die Einrichtung von Beratungsstellen zu legen, von denen aus in erster Linie eine energische Stillpropaganda zu treiben ist und von denen aus eine allmähliche Aufklärung der Bevölkerung über eine vernunftgemäße Aufzucht der Säuglinge bewerkstelligt werden kann.

Pincus-Posen stimmt den Referenten darin zu, daß Milchküchen nur in Verbindung mit Säuglingsfürsorgeanstalten Wert haben, er hält sie aber für eine notwendige Ergänzung derselben, da eine unintelligente Bevölkerung garnicht in der Lage ist, die ärztlichen Vorschriften, die in der Fürsorgestelle gegeben werden, zu befolgen. Natürlich muß vor allem Stillpropaganda getrieben werden; als Korrelat derselben muß jedoch jede ärztliche vorgeschriebene Nahrungsform für gesunde und kranke Kinder abgegeben werden können, möglichst viel Standardmischungen müssen vorhanden sein und jede Mischung, die sonst verordnet wird, neu hergestellt werden können. Es muß dabei wirtschaftlich vorgegangen und möglichst ohne Zuschuß gearbeitet werden; das gelingt, wenn die Säuglingsmilchanstalt als Teil einer zentralen Milchküche eingerichtet und die Milch an Wohlhabende zu höheren Preisen verkauft wird.

Sieveking-Hamburg: Die Kritik Salges, betreffend die „absoluten" Milchküchen, ist gewiß durchaus berechtigt. Aber besonders als beamteter Arzt entnehme ich dieser Kritik gerade wichtige Gründe für Milchküchen, natürlich unter ärztlicher Leitung und mit ärztlichen Bearbeitungsstunden. Man muß vor allem die örtlichen Verhältnisse berücksichtigen. Und wo es sich um eine Großstadt handelt, mit ungünstigen Wohnungs-, schwierigen ärztlichen, zweifelhaften Milchverhältnissen, da kann allerdings eine Milchküche anregend und erzieherisch wirken. Ich habe diese Gedanken kürzlich näher ausgeführt in einem Aufsatz der Zeitschrift für Säuglingsschutz und möchte mich nicht wiederholen; nur zurückkommen möchte ich heute nochmals auf die richtige Angabe über unsere Hamburger Verhältnisse. Es gibt dort zwei kleinere Gemeindemilchküchen für bestimmt abgegrenzte Bezirke, das übrige Staatsgebiet wird von der dritten größten Milchküche der Patriotischen Gesellschaft in 26 Ausgabestellen versorgt. Jede der letzteren ist mit einer ärztlichen Beratungsstunde verbunden, welche regelmäßig achttägig abgehalten werden. Wir haben also die ärztliche Tätigkeit dezentralisiert und in die Hände auch praktischer Aerzte gelegt, die dafür sich besonders interessieren und dafür ausgebildet sind. Keine Milch wird abgegeben, ohne daß die häuslichen Verhältnisse durch eine Säuglingspflegerin geprüft sind. In Krankheitsfällen kann eine benachbarte ärztliche Beratungsstunde eintreten, falls die Hinzuziehung eines behandelnden Arztes versagt. Infolge der intensiven ärztlichen Mitarbeit habe ich seit einiger Zeit die Verhältnisse so geändert, daß 1/4 aller abgegebenen Milchmischungen Sonderverschreibungen sind. Die Milchküche wird mehr und mehr Milchapotheke. Die Kontrolle im Hause wird außer durch Besuche der Pflegerinnen noch durch die Rückgabe der leeren Flaschen am folgenden Tage gesichert. Und noch eins: die Milchküchen haben mit ihrem bescheidenen Verdienst das Geld für die Anstellung der Pflegerinnen und die Miete der Lokale für die Beratungsstunde aufgebracht. Das ist wichtig, wo die Stadtverwaltung dies nicht ihrerseits übernimmt, was bei der in Hamburg erreichten Ausdehnung der Arbeit nunmehr erforderlich und angesichts der geleisteten Vorarbeit berechtigt erscheint.

Nach alledem halte ich eine Milchküche für durchaus bedeutungsvoll, wenn sie sich in den Rahmen der städtischen Fürsorgebestrebungen richtig eingliedert; ja ich glaube, daß ärztliche Beratungsstellen ohne eine richtig geleitete und arbeitende Milchküche nicht auskommen können.

Auerbach-Berlin: Die Milchküchen dürfen nur für die Bevölkerungskreise bis zum Einkommen von 3000 Mark verwendet werden, um die Tätigkeit der praktischen Aerzte nicht gänzlich auszuschalten. Die wenig guten Ernährungsresultate gegenüber denen in wohlhabenden Familien liegen an den hygienischen Lücken der Lebenshaltung der ärmeren Bevölkerung. Um eine Verschleppung infektiöser Krankheiten unter den kleinen Besuchern der Säuglingsfürsorgestellen einzuschränken, wünscht A. eine möglichste Dezentralisation. Schließlich zeigt er Cliché-Bilder eines billigen und zweckmäßigen

Henneberg'schen Milchsterilisators mit Rückkühlung für kleinere Milchküchen.

Siegert-Cöln empfiehlt im Gegensatz zu Auerbach, gerade auch den Wohlhabenden gegen Bescheinigung des Hausarztes, die von ihm für nötig erklärten Mischungen zu geben. Aber die ärztliche erneute Anweisung muß beim Uebergang von Mischung 1 zu 2, zu 3 usw. jedesmal wieder vorliegen. Auch das ist wichtig, daß z. B. in heißem Sommer, wie dieses Jahr, die Mischungen entsprechend verdünnt werden, also gegen die in normalen Zeiten richtigen verdünnt werden.

Hauser-Karlsruhe: Herrn Nathan Strauß aus Newyork, dem wir in Karlsruhe die Einrichtung unserer seit 1908 in Betrieb befindlichen Milchküche verdanken, hat vorhin in seinen Mitteilungen auch Karlsruhe erwähnt, und ich bin als Karlsruher und Mitleiter dieser Milchküchen schuldig, einiges zur Erklärung hierüber zu sagen: In Karlsruhe war die Säuglingssterblichkeit vor Beginn unserer Fürsorgetätigkeit etwa 21—30%; sie war bis 1910 reduziert auf etwa 15—16%; die Zahl der unserer Fürsorge unterstellten Kinder beträgt jährlich etwa 600, ca. 1/5 sämtlicher Säuglinge der Stadt; die Reduktion der Sterblichkeit gerade unter diesen aber ist nun eine ganz erhebliche; sie beträgt bis zu 15%, d. h. es ging die Mortalität der Fürsorgekinder selbst herunter bis zu 6—8%, damit auf ein Maß, wie es nur in den besten Stadtvierteln der Stadt, den sog. Millionenvierteln, der Fall war.

Worauf ist das zurückzuführen? Offenbar ist dies das Resultat aller Faktoren, mit denen unsere Fürsorge operiert; das sind nicht allein die Milchküchen, sondern auch die ärztlichen Beratungsstellen, davon wir 3 besitzen, und dann noch hauptsächlich die Förderung des Selbststillens; über 50% unserer Schulkinder sind ehemalige Brustkinder, und es ist außer Frage, daß diesem Faktor ein Hauptteil unseres Gesamterfolges zuzuschreiben ist. Wieviel an Wert nun allein nur den Milchküchen zukommt, ist natürlich in Zahlen schwer auszudrücken; allein wir stehen doch, glaube ich, auf dem Standpunkt, daß wir die Milchküchen nicht missen möchten.

Feer-Zürich ist der Ansicht, daß die Abgabe aus der Milchküche an Bemittelte nur zu billigen sei, da schwierige Gemische nur dort herzustellen sind; wenn diese auf ärztliche Verordnung abgegeben werden, so geschieht damit dem Hausarzt ein Dienst. Fernerhin ist es nicht Bequemlichkeit, sondern meist gerade peinliche Sorgfalt, welche gutsituierte Mütter an die Milchküchen gelangen läßt.

Salge (Schlußwort): Gegen meine Ausführungen ist ernstlich nichts eingewendet worden. Ich habe nichts dagegen, wenn auf ärztlichen Rat auch Bemittelten besonders schwierige Mischungen aus den Milchküchen abgegeben werden. Ich habe nicht behauptet, daß die Milchküchen zwecklos sind. Ich behaupte aber, daß sie nur unter ganz bestimmten Verhältnissen von Bedeutung sind, wie ich oben auseinandergesetzt habe.

Herrn Pincus kann ich nicht recht geben. Es gibt, namentlich wenn man mit einer intelligenten Bevölkerung zu tun hat, vielfach Verhältnisse, die auch ohne Milchküche nur durch Beratung ein gutes Resultat erzielen können.

Ich bitte ferner zu beachten, daß manche Erfolge der Milchküchen zusammenfallen mit kühlen Sommern.

16. Krippen (Referat). Meier-München: Die Krippe war die modernste Schöpfung in der Fürsorge des frühen Kindesalters um die Wende des vorigen Jahrhunderts. Nach Frankreichs Vorbild hatte das Krippenwesen auch auf deutschem Boden Wurzel gefaßt, zuerst in Wien, dann in Dresden, Berlin, Hamburg, München, Frankfurt, Nürnberg. Ueber einen guten Anfang ist es aber in Deutschland nicht hinausgekommen. Schlecht geführte Anstalten haben die Sache selbst geschädigt. Pfeiffer in Wiesbaden hat auf diese Schädlinge hingewiesen und damit das ganze Krippenwesen verurteilt. Hygienische Bedenken herrschen auch jetzt noch in Deutschland vor. Der Säuglingsschutz blieb deshalb bis vor wenig Jahren den Krippen gleichgültig, ja ablehnend gegenüber.

Drei Einwände werden den Krippen noch immer entgegen gebracht. Der eine lautet: die Mutter wird durch die Krippe ihrem Kinde entfremdet .... Nicht die Krippe ist schuld, sondern die Not, welche die Mutter zu

Erwerbsarbeiten zwingt. Die bisherigen Maßnahmen des Mutter- und Säuglingsschutzes, auf die Referent kurz eingeht, reichen nicht aus, die Frau von der Erwerbsarbeit fernzuhalten. Der zweite Einwand lautet: die Krippe ist eine gesundheitliche Gefahr. Zur Beantwortung dieses Einwandes darf man nur die Krippen ins Auge fassen, die nach modernen Prinzipien geführt werden. Die Erfordernisse eines einwandfreien Betriebes sind in den Anstalten der geschlossenen Säuglingsfürsorge praktisch festgelegt; die Krippen haben sie nur anzuwenden. Die wichtigste Persönlichkeit für einen solchen Betrieb ist der Arzt. Wenn seine ständige Aufsicht noch manchen Krippen fehlt, so liegt das an den mangelnden Mitteln der Vereine, die den berechtigten Anforderungen des Arztes nicht nachkommen können. Referent schildert kurz Einrichtung und Betrieb, wie er notwendig ist, um den Krippen den Vorwurf zu sparen, sie wären Infektionsherde.

Die Krippen haben vor allem die Aufgaben, das Stillen zu fördern. Besondere Vergünstigungen sollen die Mütter zur Erfüllung dieser Pflicht anhalten; ein Stillhindernis ist es, Kinder schon von den ersten Lebenstagen an aufzunehmen. Ein Alter von mindestens einem Monat sollte zur Aufnahmebedingung gemacht werden. — Das beste Mittel, um die Fabrikarbeiterinnen zum Stillen anzuhalten, sind die Fabrikkrippen. Ihre Erfolge sind allgemein anerkannt, doch werden auch ihnen in Deutschland noch vielfach Bedenken entgegengebracht, die sich vor allem auf die Störung des Fabrikbetriebes richten. Ein praktisches Beispiel aus Frankreich zeigt, wie wenig dieses Bedenken berechtigt ist. Referent glaubt, die bei uns noch bestehende Abneigung gegen Errichtung von Fabrikkrippen liegt in der Befürchtung der nicht unerheblichen Kosten, die daraus entstehen. Er hält es daher auch nicht für angezeigt, durch Gesetz den Fabrikunternehmungen die Schaffung dieser Anstalten zur Aufgabe zu machen. Die staatlichen Betriebe sollen vor allem mit gutem Beispiele vorangehen durch die Einrichtung von Fabrikkrippen.

Die Säuglingsfürsorge sollte sich des Krippenwesens selbst mit mehr Wärme annehmen; das wird auch günstig auf die Fabrikkrippen wirken. Die Krippen sind gegebene Belehrungsstellen für die Mütter, die dort an ihrem eigenen Kinde eine rationelle Pflege kennen lernen. Umso gefahrbringender sind auch schlecht betriebene Anstalten. Die Säuglingsfürsorge trifft die Aufgabe, diese Mängel des Krippenwesens zu bekämpfen, nicht das Krippenwesen selbst.

Der Staat sollte durch gesetzliche Verordnungen einen einwandsfreien Betrieb sichern, wie es schon in Frankreich seit 1861 geschieht. Ein solcher Betrieb verlangt aber auch Mittel. Das Krippenwesen in Deutschland wird fast ausschließlich von privater Wohltätigkeit betrieben. Oeffentliche Mittel, besonders der Gemeinden sollten dafür aufgewendet werden.

Die Vereinigung der Freunde und Interessenten der Krippensache, wie sie in Frankreich in der „Société des crèches", in der Schweiz im „Zentralkrippenverein" besteht, könnte auch noch private Mittel für die Verbesserung und Förderung unseres Krippenwesens flüssig machen.

Die moderne Säuglingsfürsorge hat sich bei uns zuletzt der Krippen angenommen. Reiche Arbeit wartet ihrer auf diesem Gebiete, viel Veraltetes ist auszumerzen und viel Neues zu schaffen.

Diskussion:

Frau Gillis-Antwerpen gibt Kenntnis von den Einrichtungen der zahlreichen Krippen Frankreichs.

Frau A. Guggenbühl-St. Gallen glaubt, daß in der Schweiz durch die Tätigkeit eines Zentralkrippenvereins eine gleichmäßig gute Arbeit aller schweizerischen Krippen im Sinne des Vortragenden gewährleistet sei.

Krohne-Berlin weist als Vorsitzender des Berliner Krippenvereins einige Vorwürfe zurück. In Berlin wird gerade durch die Krippen das Band zwischen Mutter und Kind gefestigt. Weitgehenden Vorschriften steht die Kostenfrage entgegen. Die Gemeinden sollen den Ausbau des Krippenwesens durch materielle Unterstützung fördern.

Gelhaar-Frankfurt a. M.: Die Krippen sollen auf die Atmungsdiätetik denselben Wert legen wie auf die Ernährung.

Böhm-Frankfurt a. M. bespricht eingehend die Frage materieller Bei-

hilfen. Diese brauchen nicht in Geld zu bestehen, sondern in Ueberlassung öffentlicher Parke.

Frau Sumpf-Frankfurt a. M. weist auf den erzieherischen Wert der Krippen hin.

Meier-München (Schlußwort) richtet einen warmen Appell an alle Stadtverwaltungen, dem Krippenwesen weitgehendere Förderung und Unterstützung angedeihen zu lassen.

17. Die Anstaltsfürsorge der Säuglinge (Referat).

Finkelstein-Berlin hebt die Schwierigkeiten hervor, die sich der Anstaltsfürsorge entgegenstellen und die noch bis vor 15 Jahren Behörden und Aerzte dazu veranlaßten, diesem Zweige der Fürsorge gegenüber sich gänzlich ablehnend zu verhalten. Durch Einführung des modernen aseptischen Betriebes, der möglichsten Isolierung der einzelnen Kinder in der Masse durch eigene Gerätschaften, weitgehendste Reinlichkeit usw. auf der einen, Verbesserung der Ernährungs- und Behandlungsmethoden auf der anderen Seite, wurden diese Verhältnisse gründlich gebessert. Die moderne Säuglingsanstalt erzielt bei sachgemäßer Organisation und Leitung die ausgezeichnetsten Erfolge. Zugegeben muß werden, daß namentlich bei künstlich genährten Kindern gewisse Schwierigkeiten bestehen und daß man mit den in der Familie üblichen einfachen Milchverdünnungen meist nicht auskommt.

Nach Meinung des Referenten ist daran nicht, wie vielfach angenommen wird, die ungenügende Pflege schuld, die stark belegte Anstalten dem einzelnen Kinde zuteil werden lassen können, sondern auch häufigere infektiöse Erkrankungen unscheinbarster Art, die sekundär zu Verdauungsstörungen führen. Referent meint, daß eine Besserung, soweit künstlich ernährte Kinder in Frage kommen, durch Ausgestaltung der Ernährungsmethoden zu erzielen sei, indem dadurch die Kinder so widerstandsfähig werden, daß sie diese kleinen Infektionen symptomlos oder mit sehr geringen Folgen überstehen. An Beispielen aus den Anstalten der Stadt Berlin wird gezeigt, welche Fortschritte auf diese Weise erzielt werden können. Bei guter Durchführung des aseptischen Betriebes und Ausnutzung aller Errungenschaften der Ernährungslehre sind hervorragende Resultate zu erzielen. Immerhin wird als das zweckmäßigste Verfahren die Vereinigung der Anstalt mit einer ärztlich kontrollierten Rekonvaleszentenpflege in Familien zu bezeichnen sein, in die die Kinder nach Eintritt in die Besserung gelangen.

18. Die Verhütung und Bekämpfung der Infektionskrankheiten in geschlossenen Säuglingsanstalten. Cassel-Berlin:

Der Säugling ist für Infektionskrankheiten aller Art sehr empfänglich, die Pflege zahlreicher Säuglinge in einer Anstalt wird durch das Eindringen übertragbarer Krankheiten außerordentlich erschwert. Wohl und Wehe der Anstalt hängt davon ab, ob es gelingt, die Infektion möglichst zu verhüten resp. wirksam zu bekämpfen.

Zur Verhütung der Infektion dienen folgende Maßnahmen: Die Anlage und der Bau der Anstalt müssen entsprechend den Lehren der modernen Krankenhausbau-Hygiene durchgeführt werden. Im inneren Dienste der Anstalt muß zur Vermeidung der Kontaktinfektion eine strenge Asepsis in umfassendstem Sinne herbeigeführt werden. Zur Durchführung dieses Gedankens und der täglichen Praxis muß sich der Anstaltsleiter selbst ein geschultes Pflegepersonal heranbilden. Da mit Muttermilch gestillte Säuglinge gegen Infektion eine viel größere Widerstandskraft besitzen, künstlich genährte, erkrankte Säuglinge den Infektionen viel leichter anheimfallen, so muß in der Anstalt ein genügender Vorrat von Muttermilch vorhanden sein, von Müttern, die zwar ihre eigenen Kinder stillen, den Ueberschuß abgezogener Muttermilch aber für fremde Säuglinge (Neugeborene und Kranke) zur Verfügung stellen. Kein Säugling darf bei einer fremden Mutter angelegt werden (Vermeidung der Syphilisansteckung). Jedes neu angenommene Kind kommt auf 3—8 Tage in eine Quarantäneabteilung, wo es auf seinen Gesundheitszustand genau beobachtet wird. Jede aufgenommene Mutter wird genau auf das Vorhandensein ansteckender Krankheiten untersucht (Syphilis, Tuberkulose). Auch jede neu angestellte Pflegerin wird ärztlich genau untersucht. Mütter und Pflegerinnen werden fortdauernd bezüglich ihres Gesundheitszustandes überwacht. Besuche der Anstalt (Eltern oder Angehörige) dürfen die Anstaltsräume nicht betreten;

die Kinder werden ihnen auf Wunsch ins Wartezimmer gebracht. Kindern ist der Besuch der Anstalt überhaupt verboten.

Für die Bekämpfung in der Anstalt aufgetretener Infektionskrankheiten gelten folgende Grundsätze: Die sogenannten Enterinfektionen werden nach den Grundsätzen der Asepsis behandelt. An akuten epidemischen Krankheiten (Grippe, Keuchhusten, Diphtherie, Masern, Scharlach etc.) Erkrankte werden sofort streng isoliert, resp. einem Krankenhause überwiesen. Dasselbe geschieht bei an chronischen Infektionskrankheiten Leidenden (Syphilis, Tuberkulose). Auf die hierbei in Betracht kommenden vielfachen Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Der leitende Arzt einer solchen Anstalt muß geeignete spezialistische pädiatrische und ebenso ausreichende allgemeine medizinische Kenntnisse besitzen.

19. Säuglingsfürsorge auf dem Lande (Referat).

a) Marie Baum-Düsseldorf: Bei der Organisation der Säuglingsfürsorge **auf dem Lande** liegen noch ungelöste Aufgaben vor, und da nach wie vor das Land es ist, das die rasch verbrauchte Bevölkerung der Städte zu ergänzen und zu erneuern hat, handelt es sich hier um eine Grundfrage der gesamten Säuglingsfürsorge. Wohlfahrtspflege bereitet auf dem Lande aus den verschiedenen Gründen stets viel größere Schwierigkeiten als in städtischen Verhältnissen. Die Kultur der Kinderpflege im besonderen leidet vielfach durch die allzu starke Belastung der Frau mit beruflicher Tätigkeit, die auch das frühzeitige Abbrechen der natürlichen Ernährung zur Folge hat. Seit langem ist es der Beruf des mit den ländlichen Verhältnissen wohl am besten vertrauten Vereins für ländliche Heime und Wohlfahrtspflege durch die sogen. **Landpflegerinnen** der überlasteten, mangelhaft belehrten und erzogenen Frau auf dem Lande Hilfe zu bringen. Von größter Wichtigkeit ist es, kulturell höher stehende Persönlichkeiten mit bestimmt vorgeschriebenen Aufgaben sozial-hygienischer Natur auf das Land zu verpflanzen; denn nur in geringem Umfang wird man die für die Durchführung durchgreifender Maßnahmen geeigneten Persönlichkeiten in genügender Anzahl auf dem Lande ansässig finden. Und immer und immer wieder zeigt die praktische Arbeit, wie sehr gerade diese Persönlichkeiten nottun. Der Natur der Sache nach müssen dies Aerzte und beruflich geschulte Fürsorgerinnen sein.

Rednerin bespricht dann im einzelnen die Maßnahmen, die zu ergreifen sind. Die Mittel müssen durch die Kreise mit Hilfe der Gemeinden aufgebracht werden; materielle Beihilfen von seiten privater oder lokal ansässiger Vereine sind flüssig zu machen.

b) Hansen-Petersburg bezeichnet die Errichtung von Krippen als vorzügliches Mittel für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit auf dem Lande. Sie wirken geradezu als Belehrungsstätten für die Bauernfrauen und jungen Mädchen. Die Krippe ist auch die pädagogisch-kulturelle Vorstufe für die Dorfschule.

Diskussion.

Rademacher-Geestemünde tritt dafür ein, die Arbeit der Vaterländischen Frauenvereine auch in bezug auf die ländlichen Krippen auszubauen.

Fräulein Kröhne-Worms hebt die Wechselwirkung von Wohnungsaufsicht und Säuglingsfürsorge hervor.

D. Abteilung III: Gesetzgebung und Verwaltungsmassnahmen.

1. Säuglingsschutz in Gesetzgebung und Verwaltung (Referat).

a) Muus-Kopenhagen: Sämtliche allgemeinen Maßregeln, welche die Besserung hygienischer Verhältnisse des Volkes und die Förderung seines Wohles zum Ziel haben, tragen dazu bei, Säuglinge zu beschützen; die Abnahme der Säuglingssterblichkeit zeigt, daß die humanen Bestrebungen der letzten Jahrzehnte in diesem Punkt nicht vergeblich gewesen sind. Da die Kindersterblichkeit fortwährend eine so unverhältnismäßig größere unter den unehelichen als unter den ehelichen Kindern ist, müssen die Bestrebungen in erster Linie darauf ausgehen, die unehelichen Kinder unter die möglichst besten und gesichertsten Verhältnisse zu bringen und in diesem Punkt dürften weder der Wunsch der Mütter noch allgemeine Rücksichten in bezug auf die Gesellschaftsmoral in irgend welcher Weise neben den Rücksichten auf das Leben und die Gesundheit der Kinder maßgebend sein. Um sowohl unehelichen

wie ehelichen Kindern Schutz angedeihen zu lassen, müssen die Behörden oder eine Institution, deren Mitglieder aus dem Volke selbst gewählt sind, einschreiten können und das Kind unter ihren Schutz nehmen, falls es als verkommen und verwahrlost zu betrachten ist. Die genaueste Aufsicht über sämtliche Pfleglinge muß gesichert werden, ebenso wie die Adoptivverhältnisse einer genauen Kontrolle unterworfen werden müssen. Ein befriedigendes Resultat erreicht man allerdings erst, wenn man in weit ausgedehnterem Maßstabe als jetzt, den Kindern Mutter- oder Ammenmilch verschaffen kann. Vor allem müssen die Mütter in jeder Weise angehalten werden, ihre Sprößlinge selbst zu stillen; der Staat müßte deshalb alle freiwilligen Wohltätigkeitsbestrebungen, Müttern das Stillen zu ermöglichen, in weitestem Umfange unterstützen.

Diskussion: Pütter-Berlin, Rumpelt-Dresden.

2. Mutterschaftsversicherung (Referat).

a. Bruno-Heidelberg: In Deutschland hat die hohe Säuglingssterblichkeit ihre Ursache in der Schutzlosigkeit in der sich rund 1½ Mill. deutscher Frauen zur Zeit ihrer Entbindung befinden. Angesichts dieser Tatsachen, und da die reichsgesetzliche Regelung der Mutterschaftsbestrebungen in absehbarer Zeit nicht zu erwarten sei, habe man in der Gründung der Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung den Weg der Selbsthilfe, der privaten Versicherung beschritten. Die Gesellschaft wolle die Mittel sammeln, um Mutterschaftskassen zu gründen, welche es allen weiblichen Personen, deren Einkommen unter 3000 M. bleibt, ermöglichen sollen, bei kleineren Einzahlungen Unterstützungen für ein eintretendes Wochenbett zu erlangen.

b. Die Wiener Stillkassen und die gesetzlichen Stillunterstützungen der Zukunft.

Weiss-Wien schildert die Einrichtung, Handhabung der Wiener Stillkassen, durch die schwangere Frauen zur Beitragsleistung herangezogen werden, um nach ihrer Niederkunft durch Stillgelder unterstützt zu werden.

Diskussion:

Poussineau-Paris berichtet als Präsident der Mutterschaftsversicherung in Paris über die seit 1892 bestehende Versicherung, die 25000 Mitglieder zählt. Er schlägt dem Kongreß folgende Resolution vor: Der Kongreß glaubt, daß es eine Pflicht der Menschlichkeit und des sozialen Gewissens ist, daß jede Mutterschaftsgesetzgebung durch die Mutterschaftsversicherung ergänzt wird.

3. Ueber den Kinderschutz.

Dr. Merlin-Etienne weist auf den Zusammenhang von Kinderschutz- und Mutterschaftsversicherung hin und betont, daß eine Ausdehnung der Mutterschaftsversicherung auf die ganze Arbeiterbevölkerung das beste Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sei.

Diskussion: Bruno, Schlossmann, Ewinocouroff, Weiss, Frau Dr. Brandt, Henriette Fürth-Frankfurt a. M.

4. Unterbringung syphilitischer Kinder (Referat).

a. Rietschel-Dresden weist auf die große soziale Gefahr hin, welche die bei fremden Pflegefrauen untergebrachten erbsyphilitischen Kinder für ihre gesunde Umgebung bedeuten, und verlangt, daß die Verwaltungsbehörde dafür sorgt, daß die Diagnose der Syphilis bei diesen Kindern möglichst frühzeitig festgestellt ist, daß solche Kinder den Ziehmüttern abgenommen, dauernd beaufsichtigt und behandelt werden.

b. Rechtsanwalt Dr. Thiersch-Leipzig: Ausgehend von der rechtlichen Stellung des unehelichen Kindes nach dem bürgerlichen Recht im allgemeinen wird dargelegt, welche rechtlichen Beziehungen sich zwischen den unehelichen Kindern einerseits und den städtischen Fürsorgeämtern in Dresden und Leipzig anderseits herausgebildet haben. Diese Beziehungen beruhen teils auf öffentlichem Recht — Aufsicht der Stadt über die unehelichen Kinder und die Ziehmütter im öffentlichen Interesse —, teils auf Privatrecht, soweit die Berufsvormundschaft eingeführt ist. Die Maßregeln, welche beide Städte zwecks Durchführung der Fürsorge und besonders zur Unterbringung syphilitischer Kinder ergriffen haben, werden vom juristischen Standpunkt nach den Grundsätzen des öffentlichen und privaten Rechts beleuchtet und einer Kritik unterzogen. Man gelangt zu dem Ergebnis, daß die Krankenhausbehandlung von unehelichen syphilitischen Kindern gegen den Willen der Mutter oder des

Vormundes gesetzlich unzulässig ist, daß dagegen die Behandlung kranker Kinder im Hause auch trotz des Verbotes der Erziehungsberechtigten vorgenommen werden darf. Da bei offener Syphilis die Ansteckungsgefahr für die Umgebung groß ist, und durch Anrufung des Vormundschaftsgerichtes wertvolle Zeit verloren geht, erscheint die Dresdener Vorschrift zweckmäßig, wonach bei offener Syphilis ohne weiteres von dem Fürsorgeamte die Krankenhausbehandlung angeordnet und erst bei etwaigem Widerspruch der Erziehungsberechtigten nachträglich die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts eingeholt wird.

c. Dehne-Dresden berichtet über die Erfahrungen, die mit den vom Fürsorgeamt in Dresden erlassenen Bestimmungen bisher gemacht sind.

d. Turquan-Paris erinnert daran, daß die Ernährung der neugeborenen syphilitischen Kinder durch gleichfalls syphilitische Ammen nichts Neues ist; im 18. Jahrhundert hatte zu Paris ein Polizeileutnant Lenoir eine Anstalt geschaffen, in welcher die syphilitischen Mütter einer Behandlung unterzogen wurden und gleichfalls syphilitischen Kindern die Brust gaben. Die Ergebnisse sind sehr befriedigende gewesen; viele Kinder rettete man vom Tode, die unfehlbar unterlegen wären, wenn sie keine Muttermilch bekommen hätten. Die Société de la prophylaxie sanitaire et morale (Gesellschaft für sanitäre und sittliche Prophylaxie) zu Paris, welcher Herr Turquan im Jahre 1908 die Frage vorlegte, hat die Beschlüsse eines Berichts des Herrn Professor Ribemont (Dessaignes) angenommen, wonach die syphilitischen Säuglinge gleichfalls syphilitischen Ammen anvertraut wurden.

Diskussion.

Turesany, Walz, Schloßmann, Schloß, Taube, Faust, Frl. Baum, Muus.

Schlußworte: Rietschel, Thiersch.

5. Gewinnung und Kontrolle der Säuglingsmilch (Referat):

Ostertag-Berlin schildert die Gefahren, welche durch den Milchgenuß die Konsumenten bedrohen. Er hält zur Gewinnung einer unschädlichen und bekömmlichen Säuglingsmilch für erforderlich: Tierärztliche Kontrolle der Milchtiere, ärztliche Kontrolle des Melkerpersonals und der sonstigen gesundheitlichen Verhältnisse der Milchwirtschaften und chemische Kontrolle der Milch. Zur Sicherung der Kontrolle ist der Milchverkehr bis zu einer etwaigen einheitlichen Regelung der örtlichen Vorschriften durch Normativbestimmungen zu regeln; wichtig ist auch die Belehrung der Milchproduzenten und des Melkerpersonals.

Diskussion.

Rendu-Paris, Winoccuroff-Odessa.

6. Die Wichtigkeit, die Herkunft der Säuglingsmilch zu überwachen.
Chambrelent-Bordeaux:

Alle Kinderärzte sind sich gegenwärtig darüber einig, daß das Stillen durch die Mütter die den Neugeborenen zuträglichste Ernährungsform ist. In einigen Ausnahmefällen ist diese Ernährung nicht möglich. In noch häufigeren Fällen ist diese Ernährungsform nicht ausreichend und es ist daher notwendig, die Ernährung durch Muttermilch, durch Zunährung mit anderer Milch zu ergänzen. Die bezahlte Amme ist ein sozialer Irrtum, da wie Prof. Tinard sagt, die Milch der Frau ihrem Kinde gehört. Man muß sich daher der Tiere bedienen, um Milch für die Säuglinge zu erhalten. Die Erfahrung hat gelehrt, daß in der großen Mehrzahl der Fälle die Kinder diese Milch sehr gut vertragen, jedoch unter der Voraussetzung, daß die Milch von untadelhafter Reinheit ist. Früher hat man sich begnügt, die Milch nur auf ihre chemische Reinheit zu untersuchen; in jüngster Zeit hat man auch die bakteriologische Reinheit gefordert. Wenn dies auch die beiden wichtigsten Anforderungen an die Reinheit der Milch sind, so bleiben dieselben doch noch immer ungenügend. Selbst wenn die chemische und bakteriologische Untersuchung keinerlei Unreinheit ergibt, kann die Milch den Neugeborenen noch immer schädlich sein, und zwar wenn die Milch von kranken Tieren herrührt oder einer mangelhaften Behandlung unterworfen ist. Sie kann ebenso gefährlich werden, wenn sie von kranken oder unsauberen Personen behandelt wird. Die Ueberwachung der für Säuglinge bestimmten Milch muß sich daher bis zum Ursprung erstrecken, d. h. es ist notwendig, nicht nur den Gesundheitszustand der Tiere

und die hygienischen Bedingungen, in denen sie sich befindet, sondern auch die Personen, welche die Milch vom Melken bis zum Einfüllen in Flaschen bearbeiten, zu überwachen.

Abteilung IIIa: Vormundschaftswesen.

1. Die internationalen Beziehungen im Vormundschaftswesen und die Haager Konvention (Referat):

Horn-Paris: Im Gegensatz zu Reicher und Naegeli spricht Ref. sich für die Beibehaltung des Nationalprinzips der Haager Konvention vom 12. Juni 1902 aus. Er legt dar, daß das Wohnsitzprinzip in keiner Weise geeignet sei, die Rechtslage der unehelichen Kinder zu verbessern, und meint, die Annahme dieses Prinzips würde im Gegenteil in den meisten Fällen zur Schutzlosigkeit führen. Der Vertrag sei allerdings in manchen Einzelheiten einer Reform bedürftig, ohne daß sein wirklicher Wert in Frage gestellt werde. Nach einer kurzen, aber trotzdem vollständigen Darlegung der wesentlichen Bestimmungen des Vertrages und nach einer Beantwortung der gelegentlich des vierten Kongresses des Archivs der deutschen Berufsvormünder von Reicher und Stadtrat Nägeli aufgeworfenen Streitfragen, regte der Redner dann die Gründung einer internationalen Auskunfts-Zentrale an und schloß mit der Empfehlung, das von dem Vertrage aufgestellte Prinzip beizubehalten.

Diskussion.

Petersen-Hamburg, Silbernagel-Basel, Ziegler-Wien, Melly-Budapest.

2. Die Rechtsstellung des unehelichen Kindes in den wichtigsten europäischen Ländern (Referat):

Meister-Frankfurt a. M. legte ausführlich dar, in welchen Arten und Staaten das Anerkennungsprinzip und das der bloßen Unterhaltungsklage in Geltung sei und kam auf Grund einer ausführlichen kritischen Beleuchtung der beiden Systeme zur Aufstellung folgender Thesen:

1. Es sei zu wünschen, daß die Staaten, die nur das System der Kindschaft durch Anerkennung im Umfange des geltenden französischen Rechtes haben, dieses durch das System der Unterhaltungsklage im vollen Umfange ergänzen;
2. daß bei der Ausgestaltung der Unterhaltungsklage des Kindes die Rücksichten auf die Beweisschwierigkeiten bei Feststellung des unehelichen Vaters nicht zu ihrer Beschränkung führen dürfen, ebenso wie
3. die Rücksicht auf die etwaige Unmoralität der Mutter, deren Ansprüche streng von denen des Kindes zu sondern sind, daß insbesondere
4. die Staaten, die durch die Geltendmachung der exceptio plurium concumbentium durch den Beklagten die Unterhaltungsklage des Kindes beschränken, diese beseitigen, neue Gesetze sie außer Betracht lassen;
5. daß überall die Rechtsvertretung des unehelichen Kindes, nicht der Kindermutter, sondern einem erfahrenen und unabhängigen Vormund, am besten einem Berufsvormund übertragen wird.

3. Die Rechtsverfolgung der Ansprüche unehelicher Kinder im Auslande (Referat):

Engel-Budapest: Der Rechtsanspruch der unehelichen Kinder muß trotz großer Schwierigkeiten auch im Auslande verfolgt werden. Mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten muß eine Zentralstelle geschaffen werden, die bestimmt und in der Lage sei, den Vormund bei dieser Arbeit zu unterstützen. In erster Linie falle diese Aufgabe dem Archiv deutscher Berufsvormünder in Frankfurt zu. Dieses Archiv solle zweckmäßig zu einer internationalen Auskunftsstelle über alle Fragen des Kinderschutzes, insbesondere aller Rechtsfragen ausgestaltet werden. Da jeder, der sich in Deutschland oder im Auslande mit Kinderschutz befasse, sei es nun eine Behörde oder private Personen, aus dieser Tätigkeit Nutzen ziehen könne, so sei es erforderlich, daß jeder dieser Interessenten das Archiv materiell und moralisch unterstütze.

4. Die amtlichen Nachforschungen über das Schicksal der unehelichen Säuglinge.

Gonersich-Koloswar: Der gesetzlich geregelte Kinderschutz Ungarns ist so vollkommener Verfassung, daß man mit Recht erwarten soll, daß in Ungarn kein schutzbedürftiges Kind ohne amtliche Hilfe bleibe. Ref. legt aber

dar, daß die praktische Arbeit trotzdem viel Schwierigkeiten habe und verbreitet sich eingehend darüber, wie durch ein Zusammenarbeiten der Kinderasyle, der Polizei und der Waisenstühle Einrichtungen getroffen werden könnten, welche den von dem Gesetz gewollten Kinderschutz auch in der Praxis so ideal wie irgend möglich gestalten.

Diskussion:

Silbernagel-Basel, Horn-Paris, Klumker-Frankfurt a. M.

Folgende Anträge werden eingebracht:

a. Die Abteilung IIIa des Internationalen Säuglingsschutzkongresses beauftragt ihre Ehrenvorsitzenden und Vorsitzenden, mit der Carnegiestiftung in Verbindung zu treten, um ihr von den Verhandlungen über die internationalen Beziehungen im Vormundschaftswesen Kenntnis zu geben und ihr zur Förderung der internationalen Friedensbeziehungen die Unterstützung des Archivs deutscher Berufsvormünder als einer internationalen Auskunftstelle für Rechtsfragen des Kinderschutzes zu empfehlen.

b. Die Entwicklung des Säuglingsschutzes fordert dringend den Ausbau der internationalen Beziehungen im Vormundschaftswesen und beim Rechtsschutz des unehelichen Kindes. Da auf diesem Gebiete durch eine praktische Zusammenarbeit verschiedener Völker zahlreichen schutzbedürftigen Kindern wesentliche Vorteile verschafft werden können, so empfiehlt der III. Internationale Säuglingsschutzkongreß den Regierungen, Vereinen und Privaten aller Länder, eine internationale Auskunftsstelle für Rechtsfragen des Kinderschutzes in jeder Hinsicht zu unterstützen.

5. Findelwesen (Referat). Riether-Wien: Im Findelwesen wurzeln die allerersten Anfänge des Säuglingsschutzes; denn da im Altertume die Aussetzung der Neugeborenen gestattet war, so mußte gefundenen oder aufgelesenen Kindern zuerst ein fremder Schutz zuteil werden. Die Ausbreitung des Christentums verursachte die Gründung eigener Anstalten zur Aufnahme dieser Kinder (Findelanstalten) fast in allen Städten. Die meisten wurden später wieder aufgehoben wegen der Mißstände, die ihnen anhafteten. Zu den größten gehörte die Aufnahme der Kinder ohne Erhebungen über ihre Abstammung, so daß auch die Erhaltung nicht bedürftiger Kinder mühelos der Allgemeinheit aufgebürdet werden konnte, sowie die Verpflegung aller Säuglinge in geschlossenen Anstalten, welche oft eine Sterblichkeit von 70—80 v. H. hatten.

Von den noch bestehenden Anstalten sind die österreichischen fast vollständig den Anforderungen der Gegenwart entsprechend umgestaltet. Sie nehmen alle Bedürftigen auf, erheben aber sofort Familien- und Vermögensverhältnisse und ziehen die unterhaltungspflichtigen Verwandten zur Beitragsleistung heran. Sie verpflegen nur die kranken, schwachen oder sonst nicht abgebbaren Säuglinge im Hause und lassen sie dort von den eigenen Müttern stillen; die Gesunden versorgen sie bei Familien auf dem Lande und lassen sie dort durch die Aerzte und durch bestellte Koloniesekretäre überwachen. Für die erhöhte Pflege Bedürftiger werden besonders Zweiganstalten auf dem Lande (Kinderheime) geschaffen. Aerzte und Heilmittel für die Kinder sind unentgeltlich erreichbar. Nur die Kostgelder entsprechen noch nicht den gegenwärtigen Lebensverältnissen; doch dürfte die Erhöhung nur eine Frage der Zeit sein.

Ein Uebelstand ist noch die frühzeitige Trennung des Kindes von der Mutter, wodurch eine gewisse Entfremdung gefördert wird. Dem abzuhelfen ist die Verallgemeinerung der ungarischen Einrichtung geeignet. Dort wird das Kind für die Säuglingszeit mitsamt seiner stillenden Mutter zu einer geeigneten Familie in Pflege gegeben. Nach der Entwöhnung bleibt das Kind in der Familie als Kostkind, während die Mutter wieder ihrem Erwerbe nachgeht. Die Verallgemeinerung dieser Einrichtung setzt allerdings die gesetzliche Festlegung einer Gesamtvormundschaft des Landes voraus, der für die Säuglingszeit auch ein Verfügungsrecht über die Mutter zusteht. Die damit verbundene Einschränkung der persönlichen Freiheit ist nicht größer als die, welche den jungen Männern durch die Wehrpflicht auferlegt wird. Findelanstalten, die sich so in jeder Richtung den Anforderungen der Gegenwart angepaßt haben, sind nicht zu verwerfen, sondern als Grundlage für den Kinderschutz eines Landes immer weiter auszugestalten. Die Leistungen

einer Findelanstalt sind nicht gering; z. B. hat die Wiener Anstalt seit ihrem Bestehen (1784) nicht weniger als 731 242 Kinder aufgenommen und versorgt. Die Sterblichkeit der Kinder im allgemeinen, welche am Beginne bis zu 50 v. H. betragen hat, ist gegenwärtig auf 6% gesunken.

Diskussion: Moll-Wien, Epstein-Prag, Engel-Budapest, Turesany-Szcogod, Scheerer-Prag, Klumker-Frankfurt a. M. und Taube-Leipzig.

6. Fürsorge für Pflegekinder und uneheliche Kinder. Samter-Charlottenburg: Pflegekinder im Säuglingsalter, wie uneheliche Kinder überhaupt, bedürfen der sorgfältigen Ueberwachung, die am besten durch berufsmäßig tätige, mit der modernen Säuglingspflege vertraute weibliche Personen, wenn möglich durch Schwestern vorhandener Säuglingsfürsorgestellen, zugleich mit der ersten Ueberwachung durch diese erfolgt. Eine mehrfache gleichzeitige Ueberwachung durch verschiedene Stellen ist tunlichst zu vermeiden. Alle zum Schutze der Säuglinge vorhandenen Einrichtungen sind Pflegekindern, den unehelichen Kinder überhaupt nutzbar zu machen. Insbesondere gilt das von der Erlangung ärzlicher Hilfe in Krankheitsfällen und von der Aufnahme in Krankenanstalten, die nicht von der vorherigen Regelung der Kostenfrage abhängig zu machen ist. Pflegestellen für solche Kinder sind aufs Sorgfältigste zu prüfen und darauf zu achten, daß in Familien, in denen sich ansteckend kranke Personen befinden, Kinder nicht in Pflege gegeben werden. Bestehen Zweifel, ob ein Säugling sich für Familienpflege eignet, so ist er zuvor in einer geeigneten Anstalt zu beobachten. Damit die Aufsicht über uneheliche Säuglinge so früh als möglich einsetzen kann und die Kinder so vollzählig als möglich erfaßt, empfiehlt sich eine Verbindung der überwachenden Stelle mit Standesämtern, Entbindungsanstalten und Einwohner-Meldeämtern. Zur Sicherstellung des Unterhaltes für solche Kinder hat sich überall die Einführung der General- oder Berufsvormundschaft als besonders wirksam erwiesen. In Verbindung damit erscheint eine möglichste Erleichterung der Gewährung der öffentlichen Armen- und Waisenpflege dringend geboten.

7. The protection of illegitimate children nursed for hire (Die Beschützung illegitimer Kinder, welche gegen Entlohnung verpflegt werden).

Francis Zanetti-Southmanchester: Das Aufziehen von Kindern gegen Entlohnung war bis 1872 in England nicht geregelt. Im Jahre 1908 wurde der große „Children Act" Gesetz. Dieses Gesetz verlangt, daß alle Personen, welche Kinder, die getrennt von ihren Eltern sind, gegen Bezahlung resp. Entlohnung in Pflege nehmen, dies innerhalb 48 Stunden der Vormundschaftsbehörde anzuzeigen zu haben. Diese hat einen Inspektor zu bestellen, welcher die Fälle zu überwachen und den Pflegern Ratschläge betreffs Pflege und Behandlung der Säuglinge zu geben hat. Die Pflegemutter ist verpflichtet, von jeder Veränderung ihres Wohnortes Mitteilung zu machen, gleichfalls wenn sie das vorgemerkte Kind nicht länger in Pflege behält. Falls der Säugling stirbt, muß die Mutter den Vormündern innerhalb 48 Stunden Mitteilung machen und dem Totenbeschauer innerhalb 24 Stunden. Es ist Personen, die Säuglinge gegen Bezahlung in Pflege nehmen, verboten, das Leben dieser Säuglinge zu versichern, was eine ausgezeichnete Vorsichtsmaßregel gegen die absichtliche Vernachlässigung von Kindern ist. Die Vormünder haben die Macht, die Anzahl der in einer Wohnung verpflegten Kinder zu beschränken und die Entfernung jedes Säuglings zu veranlassen, falls das Kind von einer ungeeigneten Person gepflegt oder in ungesunden Wohnräumlichkeiten gehalten wurde.

F. Abteilung IV: Statistik.

1. Morbidität, Mortalität und Geburtenziffer in den verschiedenen Ländern (Referat).

Falkenburg-Amsterdam: In allen europäischen Ländern mit Ausnahme von Rumänien, Bulgarien und Rußland sind die Geburtenziffern seit 1871—1880 stark gefallen. Bedeutend größer war der Rückgang der allgemeinen Sterblichkeit in allen Ländern mit Ausnahme von Irland und Frankreich. Das Sinken der Säuglingssterblichkeit steht hinter dem Sinken der allgemeinen Sterblichkeit bedeutend zurück in allen Ländern mit Ausnahme

von Württemberg, Baden, Frankreich, Schweiz, Schweden und Norwegen. Die Lebensaussichten der Eltern haben also verhältnismäßig mehr zugenommen als die Lebensaussichten der Säuglinge. Die Säuglingssterblichkeit ist besonders in den Ländern mit geringen Geburtsüberschüssen eine Gefahr, die die Volkskraft bedroht. Am größten ist augenblicklich die Säuglingssterblichkeit in Ost-Europa, am geringsten in West-Europa. Die deutschen Länder nehmen in der Reihe eine ungünstige Stellung ein. Ueber die Morbidität der Säuglinge existiert bis jetzt eine zu wenig umfangreiche statistische Literatur, als daß daraus allgemeine Schlüsse gezogen werden dürfen. Die bestehenden Daten weisen auf Verdauungsstörungen als die bedeutendste Ursache der Säuglingserkrankungen und der Sterblichkeit hin.

Diskussion:

v. Mayr-München bemerkt, daß die sogenannte „Auslesetheorie" hinsichtlich der Bedeutung der Säuglingssterblichkeit als abgetan anzusehen sei. Nicht eine Ausmerzung der Schwachen, sondern auch eine Vernichtung der Lebenstüchtigen findet statt. Die Zusammenhänge zwischen Geburtenziffer und Sterblichkeit seien dahin anzunehmen, daß mit der Geburtenziffer auch die Sterblichkeitsziffer wachse.

Szana-Budapest betont, daß auch die intensivsten Fürsorgebestrebungen diesen Parallelismus nicht hätten beseitigen können.

Kuszynski-Schöneberg hebt hervor, daß es äußerst schwierig sei, einen solchen Parallelismus sowohl zu beweisen, wie zu bestreiten, da eine Vergleichsmöglichkeit zwischen den Geburten und Sterbeziffern noch nicht gegeben sei.

2. Ueber den Rückgang der allgemeinen Säuglingssterblichkeit im preussischen Staat von 1876—1910, sowie über die Säuglingssterblichkeit in den Provinzen, Regierungsbezirken und Kreisen Preussens 1910 und 1904 (Referat).

Behla-Berlin zeigt an einer Reihe von graphischen Tafeln den Rückgang der allgemeinen Säuglingssterblichkeit im preußischen Staate, in den einzelnen Provinzen und kleineren Verwaltungsbezirken Preußens von 1876—1910. Dabei ergeben sich die günstigsten Verhältnisse für den Westen der Monarchie. Besondere Untersuchungen haben ergeben, daß bei der Sterblichkeit der Säuglinge die Syphilis insofern von Bedeutung sei, als auf sie zurückzuführende Todesfälle sich im Verhältnis gesteigert haben, während alle anderen Krankheiten zurückgingen.

3. Die Säuglingssterblichkeit in der Schweiz.

Bernheim-Karrer-Zürich referiert über die Sterbeziffern der Säuglinge in den einzelnen Kalendermonaten und zeigt, daß in der Mehrzahl der schweizerischen Städte die Sommersterblichkeit fehlt oder doch von derjenigen der Frühlings- und Wintersterblichkeit übertroffen wird.

4. Mortalité et ses causes dans la première enfance ainsi que sur l'état de la puériculture en Roumaine.

Thomescou-Bukarest: beleuchtet die Ursachen der Säuglingssterblichkeit in Rumänien, das sich bekanntlich einer im Vergleich zu seiner sehr hohen Geburtenziffer nicht sehr großen Säuglingssterblichkeit erfreut.

5. Statistik der Erfolge von Fürsorgemassnahmen (Referat).

a) Landsberger-Magdeburg: Die Betrachtung der Sterblichkeit innerhalb des Kreises der der Fürsorge unterstehenden Kinder darf nicht außer acht lassen, daß einerseits der Anfangspunkt der Beobachtung, niemals, wie bei der Berechnung der allgemeinen Kindersterblichkeit, die Geburt ist, andererseits der Endpunkt der Beobachtung vielfach durch den (vorzeitigen) Austritt aus der Fürsorge gegeben wird.

Aus der ersteren Tatsache folgt: Da unter den der Fürsorge unterstehenden Kindern das jüngste Alter (die ersten 6—14 Tage, Lebenstage, bezw. der erste Lebensmonat usw.) mit seiner besonders großen Sterblichkeit zum Teil ganz fehlt, zum Teil in wesentlich geringerem Grade vertreten ist, als unter der Gesamtzahl der Kinder; deshalb kann ein Vergleich der Sterblichkeit der Fürsorgekinder mit der allgemeinen, ohne Unterscheidung von Altersabschnitten (Lebensmonaten), im ersten Monat etwa unter Heraushebung der ersten beiden Lebenswochen zu einwandfreien Ergebnissen nicht führen.

Aus der zu zweit angeführten Tatsache ergibt sich der Schluß: Für die Messung der Sterblichkeit der der Fürsorge unterstehenden Kinder ist nicht nur das Alter, sondern auch die Zeit, während der sie in Beobachtung gestanden haben, von grundlegender Bedeutung.

Werden in der Betrachtung der Kindersterblichkeit die ehelichen und unehelichen Kinder unterschieden, so muß der Vorgang der Legitimation mit berücksichtigt werden. Die vielfach übliche Beziehung der unehelich gestorbenen Kinder auf die unehelich geborenen ist unrichtig, da die legitimiert gestorbenen unter den unehelich geborenen enthalten sind, unter den unehelich gestorbenen jedoch fehlen.

b) Tugendreich-Berlin: Bei den großen Aufgaben, die Staat, Gemeinde und private Fürsorge zu Zwecken der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit leisten, ist der Wunsch durchaus verständlich, möglichst bald statistische Beweise über den Erfolg der mannigfachen Maßnahmen zu erhalten. Die Statistik wird hierbei vor eine recht schwierige Aufgabe gestellt; denn es ist immer schwer, den Erfolg sozialer Maßnahmen exakt nachzuweisen, weil die Möglichkeit des reinen Experimentes fehlt. Auf eine bestimmte Bevölkerungsgruppe wirken sehr verschiedene soziale Schädlichkeiten und soziale Heilmittel ein. Diese zu kennen, sie einzeln auf ihre Wirkung zu studieren, ist gewöhnlich unmöglich. Die Erfolge aller Säuglingsfürsorge müssen sich in der Sterblichkeit der Säuglinge offenbaren. Die Statistik hat zunächst die Aufgabe, die Ursache von etwaigen Mißerfolgen aufzuklären. Eine Maßnahme der Säuglingsfürsorge kann aus zwei ganz verschiedenen Gründen ohne Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit bleiben. Einmal kann eine Maßnahme, die ihre Klienten aufs günstigste beeinflußt, deshalb die allgemeine Säuglingssterblichkeit nicht beeinflussen, weil die Zahl der von ihr versorgten Säuglinge zu klein ist. Eine solche Maßnahme, die sich in kleinen Kreise als gute Waffe erwiesen hat, wird man dann ausbauen müssen. Dann aber kann die Erfolglosigkeit einer Maßnahme daher rühren, daß sie an sich unbrauchbar ist. Solche Einrichtungen wird man je schneller, desto besser fallen lassen. Für die Beurteilung des Erfolges kommt nicht allein die Entwicklung des Säuglings während der Fürsorge, sondern auch nach der Entlassung aus der Fürsorge in Betracht. Bei der starken Fluktuation der großstädtischen Bevölkerung ist es allerdings nicht leicht, die Säuglinge längere Zeit im Auge zu behalten. Des weiteren wäre es von Interesse, die Entwicklung der ehemaligen Fürsorgezöglinge dauernd, jedenfalls bis zum Abschluß der Pubertät, zu verfolgen. Zu diesem Zweck empfiehlt sich der Einführung von Personalbogen (Gesundheitskarten), in die die einzelnen Fürsorgeinstanzen, Säuglingtarzt, Impfarzt, Schularzt usw. ihre Bemerkungen eintragen.

Diskussion: Gottstein-Charlottenburg, Wallenstein-Berlin.

6. Der Stand der Säuglingsfürsorge in Bayern.

Zahn-München: Es sind hier zahlreiche Fürsorgeeinrichtungen im Laufe der letzten Jahre entstanden. Auf Grund einer jüngst veranstalteten Erhebung gibt Redner ein anschauliches Bild von allen diesen Maßnahmen.

7. Ueber die Schaffung eines einheitlichen Schemas für vergleichende internationale Säuglingssterblichkeit-Statistik.

Badtke-Charlottenburg weist darauf hin, daß die Statistik es gewesen ist, die als Mahnerin die Frage der Säuglingsfürsorge überhaupt erst in Fluß gebracht hat. Nach einer kritischen Erörterung der üblichen Maßstäbe für die Bemessung der Säuglingssterblichkeit, faßte er seine Ausführungen zu Grundforderungen zusammen, die sich namentlich erstrecken auf die Auszählung der gestorbenen Säuglinge nach Legitimität, Geschlecht, Altersklassen, Todesursache und auch eine Ernährungsstatistik der lebenden wie der gestorbenen Säuglinge. Für eine internationale Statistik darf man diese Grundforderungen nicht zu hoch schrauben. Subtilere Untersuchungen über die Säuglingssterblichkeit werden in Zukunft, wie bisher, die städtischen statistischen Angestellten haben.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. XI.

Bericht über die 83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte vom 24.—29. September d. J. in Karlsruhe.

A. Allgemeine und kombinierte Sitzungen. Besichtigungen.

Der Gesamtverlauf der Karlsruher Tagung stand unter einem günstigen Stern. Die erste allgemeine Sitzung, die durch eine persönliche Ansprache des Großherzogs ausgezeichnet war, brachte außer den Begrüßungsreden 2 naturwissenschaftlich wichtige Vorträge: Von Prof. E. Fraas-Stuttgart über die Dinosaurier in Deutsch Ost-Afrika und Prof. Engler-Karlsruhe über Zerfallsprozesse in der Natur. Aus den kombinierten Sitzungen verdient besondere Erwähnung der Vortrag Geh. Rat Ehrlichs über Salvarsan, die Referate von Biedl-Wien und Morawitz-Freiburg über innere Sekretion und schließlich jene von Aschoff, Krönig, v. Beck und de la Camp über Thrombose und Embolie. Eines sehr großen Zuspruchs, nicht bloß der Damen, hatte sich der durch viele Lichtbilder illustrierte Vortrag von Prof. Stratz über die Darstellung des Menschen in der Kunst zu erfreuen.

Ein vorzüglicher Führer gab den Teilnehmern Auskunft darüber, was Karlsruhe auf dem Gebiete der Gesundheits- und der Wohlfahrtspflege leistet — wie ja auch einst C. Fränkel (I. Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins in München 1902, S. 88) Baden das „Musterländle“ auf dem Gebiete der Organisation des Medizinalwesens nannte. Von den Besichtigungen ist die des Kunstgewerbemuseums zu erwähnen, die nicht bloß auf dem Gebiete des Kunstgewerbes und der Geschichte Anregungen gab, sondern auch von großem sozialem Werte war und Streiflichter warf auf die Lebensweise der Schwarzwaldbauern einst und jetzt. Die schönen Abende im Großherzoglichen Hoftheater und auf der Kurterasse in Baden-Baden gaben den wissenschaftlichen Sitzungen ein herrliches Nachspiel.

B. Verhandlungen der 31. Abteilung für gerichtliche Medizin und soziale Medizin; zugleich VII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin.

Erste Sitzung: Sonnabend, den 23. September, 9 Uhr vorm.:

Eröffnung. Der Einführende, Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Greiff-Karlsruhe begrüßte die Versammlung und wies auf den großen Aufschwung hin, den die gerichtliche Medizin seit der letzten Tagung der Naturforscherversammlung in Karlsruhe (1858) genommen habe. Auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Bearbeitung des Stoffes und der Fortbildung sei viel geleistet worden.

Der I. Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin, Med.-Rat Prof. Dr. Puppe-Königsberg übernahm hierauf den Vorsitz. Die Tagesordnung sei groß und enthalte 3 Referate, darunter eines, das sich auf die Reichsversicherungsordnung beziehe. Seit Alters her beständen zwischen sozialer Medizin und gerichtlicher Medizin gut fundierte Beziehungen. Neue Fragestellungen seien zu jener über die Erwerbsfähigkeit des Individuums mit und ohne Unfall, über den Zusammenhang zwischen Unfall und Tod hinzugetreten. Das Heilverfahren habe einen besonderen Umfang angenommen. Von der kritischen Seite der Begutachtung durch den Arzt sei man mehr und mehr auch zur prophylaktischen Tätigkeit übergegangen. Gerade Redner habe sich auch auf dem Gebiete der kurativen Leistungen betätigen dürfen; er erinnere an die Bekämpfung des Alkoholismus, der jugendlichen Kriminalität. Die kurative Seite, die soziale Tätigkeit sei eine wertvolle Ergänzung der kritischen.

1. **Die Bedeutung der physikalischen Chemie für die gerichtliche Medizin** (Referatthema). Prof. Dr. H. Zangger-Zürich: Die neuere Zeit hat Methoden gelehrt, mit denen der zeitliche Verlauf und die quantitativen Verhältnisse zahlenmäßig ausgedrückt werden können. Ihre Ergebnisse sind besonders durch die quantitativen Methoden für die gerichtliche Medizin

bedeutungsvoll. Die Wünsche, mit denen wir an das neue Gebiet herangehen, sind folgende: 1. Eine Vertiefung der Methoden, 2. das Auffinden von solchen, die einfach, schnell, mit wenig Material auch in komplizierten Gemischen anwendbar sind. Es bedarf einer Kritik und Verbesserung der analytischen Untersuchungsmethoden, ferner eines Studiums der Untersuchungsmethoden zu gerichtlich medizinischen Zwecken und einer Diskussion der Denkmethodik in Behandlung gerichtlich medizinischer Fragen.

Beim Eiweißnachweis durch Praezipitation ist die Trübung für die Deutung der Resultate entscheidend. Eine zufällige Anwesenheit von Kolloiden hemmt die Resultate; dasselbe gilt für die Haemolyse, für die Komplementablenkung. Die Elektrolyse kommt in Betracht beim Nachweis von anorganischen Substanzen, bei der Trennung von Blei und Kupfer, beim Nachweis von Hg, in der Nahrungsmittelchemie.

Rein molekular physikalische Methoden sind die Bestimmung des osmotischen Druckes, der elektrischen Eigenschaften der Lösungen, der Leitfähigkeit (Carrara, Revenstorff). Die Veränderungen der Blutkonzentration durch künstliche Mittel werden in normalem Blut rückgängig. Beim Ertrinkungstod in Süßwasser wird das Blut verdünnt. Voraussetzung für die Deutung quantitativer Verhältnisse ist, daß eine anderweitige Verschiebung der molekularen Konzentration bekannt ist; Effekte der Fäulnis müssen auszuschließen sein. Diese hängen von der Natur und der Art der wirksamen Fermente ab. Corin hat mit Grund nach Milieus gesucht, die weniger abhängig sind; er kam auf den Liquor cerebrospinalis. Seine Veränderungen sind Folgen der Diffusion; von der Temperatur ist er allerdings auch — immerhin wenig — abhängig.

Die Oberflächenspannungsmethoden kommen bei komplizierten Gemischen der gerichtlichen Medizin in Betracht.

Die kolorimetrischen Methoden zur Blutuntersuchung bieten in der Hand des Physiologen größere Sicherheit, als in der gerichtlichen Medizin. Straßmann und Ziemke haben zwar 1901 gute Erfolge davon gehabt (in 85% der Fälle), indessen muß die Beimengung von Farben ausgeschlossen sein; auch die Einwirkung von Licht verändert die Resultate. Der Versuch, auf die Blutmenge aus dem spezifischen Gewicht zu schließen, ist 1904 von Marx gemacht worden.

Die Viskosimetrie ist in der gerichtlichen Nahrungsmittelchemie häufiger bereits verwendet worden.

Die Refraktometrie ist wertvoll für einheitliche Körper bei Fälschungen.

Die Bestimmung der molekularen Jonenkonzentration parallel mit jener der Leitungsfähigkeit ist von Revenstorff an frischen Leichen beim Ertrinkungstode gemacht worden, hat sich aber zur Konstatierung des Todeseintritts praktisch nicht bewährt. Von großer Bedeutung sind die Konzentrationsverhältnisse bei Fällungsreaktionen, bei der Auflösung und Fällung kolloider Substanzen.

Die Bindung des Arsens an Eisen, die Wirkung des Antidotum Arsenici (Bunsen) ist Kolloidgesetzen unterworfen. Die Anwesenheit von Kolloiden in Gemischen ergibt die Unregelmäßigkeiten bei der CO-Darstellung. Als Katalysator wirkt Wasser bei der Wirkung von Oxalsäure und Schwefelsäure. Auf Katalyse beruht die van Deensche Blutprobe, ebenso die Entstehung von O bei Wirkung von Mangan- und Eisensalzen auf H_2O_2. Die Anwesenheit von Jod in Spuren hemmt die Katalyse. — Terpentinöl ist ein negativer Katalysator in bezug auf Oxydation.

Die Caissonkrankheit beruht darauf, daß N bei hohem Drucke in fettähnlichen Substanzen mehr löslich ist, als O. Zwischen grauer und weißer Substanz des Zentralnervensystems bilden sich Bläschen; so lange noch der Gleichgewichtszustand besteht, ist Restitution möglich. Bei Bildung großer Blasen kann das Material zerreißen (Arbeit aus Zanggers Institut).

Für den zeitlichen Verlauf gewisser Prozesse ist die objektive Zeitbestimmung von großem Interesse; fast in jedem Gutachten kehrt die Frage nach der Zeit wieder. Bei Leichen sind wir über den Temperaturverlauf nicht orientiert. Wenn eine Reihe Bedingungen bekannt sind, ist aus physikalisch-chemischen Ueberlegungen ein Rückschluß erlaubt. Die Fäulnis ist abhängig von der Temperatur. Der Bakteriengehalt ist nicht kontrollierbar.

In Courrières verlief die Fäulnis schnell. Das Eintrocknen des Auges ist approximativ ein Maßstab für den Eintritt des Todes. Das Einsinken des Bulbus ist durch Diffusionsprozeß bedingt.

Die physikalisch-chemischen Probleme sind bei der Zeitbestimmung des Todeseintrittes von Wasserleichen wertvoll. Bei gegebener Temperatur und gegebenen Wasserverhältnissen ist eine Bestimmung möglich. Die Veränderungen der Formgebilde sistieren sofort nach Herausnahme aus dem Wasser. Im Winter ist in der Tiefe von Seen und Flüssen die Temperatur ziemlich konstant 4°. Die Quellung, die Ablösung der Epidermis, die Verflüssigung der Horngebilde verhält sich wie in Lösungen. Der Ionengehalt des Wassers beeinflußt die Vorgänge wesentlich.

Resumé: „Für den qualitativen und quantitativen Nachweis leisten die physikalisch-chemischen Methoden sehr viel bei anorganischen Substanzen. Vor allem aber machen uns die einfach anzuwendenden Methoden manchmal darauf aufmerksam, ob und wo wir mit zeitraubenden Methoden etwas erreichen können.

Bei einigermaßen bekannten Verhältnissen gestatten sie uns schnell, an geringen Quantitäten ohne Veränderung und Verlust an Material ziemlich genaue Bestimmungen der Konzentrationen durchzuführen. Die physikalische Chemie klärt uns ferner auf über das Wesen und damit über die Grenzen der Leistungsfähigkeit und das Anwendungsgebiet vieler gerichtlich medizinischer Methoden, indem sie uns die Reaktionsbestimmungen definiert. Wir sahen, daß diese Methoden uns auch Anhaltspunkte geben für die Bestimmung der Todesursache, in erster Linie beim Ertrinkungstod, und daß sie uns vor allem Aufschluß zu geben imstande sind über die entscheidenden Faktoren, die bei den Datumbestimmungen am Lebenden, vor allem aber an der Leiche eine Rolle spielen. Eine wissenschaftliche Vertiefung der Zeitbestimmung, als eine der wesentlichsten Aufgaben der gerichtlichen Medizin war schon lange ein Ziel und Postulat.

Die physikalisch-chemischen Gesetzmäßigkeiten können natürlich nur in den Fällen sinngemäße Anwendung finden, in denen man alle wesentlichen Prämissen und Gesetzmäßigkeiten berücksichtigen kann. Die Zurückführung der verschiedenen Erscheinungsfolgen auf solche allgemeinen Gesetze ist besonders deshalb wertvoll, weil sie einerseits die Grenzen und die Richtigkeit bestimmter empirischer Erfahrung unserer Vorstellung immer nahe bringt, da viele der physikalisch-chemischen Gesetze heute bis zur Anschaulichkeit bewiesen und begründet sind, ferner weil sie bei den Untersuchungen und beim Unterricht das Gedächtnis unterstützen. Zangger machte bisher die Erfahrung, daß diejenigen seiner Schüler die umfassendsten und weitsichtigsten Gutachten machten, welche die physikalischen Gesetze erfaßten; denn hier haben wir Gesetze von universeller Bedeutung, die sehr häufig anwendbar sind, die uns gleichzeitig zwingen oder unmittelbar nahe legen, quantitativ zu denken und besonders die Zeitfolgen nach verschiedenen Gesichtspunkten kritisch einzusetzen. Da diese Gesetzmäßigkeiten ihrer großen allgemeinen Bedeutung wegen im physikalischen, chemischen, physiologischen, pharmakologischen Unterricht heute behandelt werden müssen, ist auch ihre Anwendung für den gerichtlich-medizinischen Unterricht gegeben."

2. Gefrierpunktsbestimmungen am menschlichen Leichengehirn. Dr. Bohne-Hamburg. Vortragender hat an menschlichen Gehirnen bei verschiedener Temperatur den Ablauf des Fäulnisprozesses mittelst der Bestimmung des Gefrierpunktes beobachtet. Er hat feststellen können, daß das Sinken des Gefrierpunktes um so schneller erfolgt, je höher die Temperatur ist. Der Ablauf der Kurve ist bei gleicher Temperatur fast genau derselbe. Die praktische Verwertbarkeit dieser Kurven zur Zeitbestimmung des Todes ist bei niedrigen Temperaturen gering, da der Anfangsgefrierpunkt eines Gehirnes zwischen 0,58 und 0,94 schwanken kann. Bei höherer Temperatur erhält man ganz brauchbare Resultate. (Autoreferat).

Diskussion. Zangger-Zürich: Wenn nach 40—50 Tagen der Gefrierpunkt steigt, so ist das wohl so zu deuten, daß der Gehalt an leitenden Molekülen vermindert ist. Es treten neue Komplexe auf, die mit der Viskositätsmethode direkt nachweisbar sind. Bei der Erniedrigung des Gefrierpunktes spielen mit: Fermente und Bakterien.

Dr. Fränckel-Berlin sucht eine Erklärung in anderer Richtung. Das Gehirn ist zerfließlich, am Ende der Fäulnis findet eine ungleiche Verteilung statt, eine gleichmäßige Durchmischung ist unmöglich; es kommt eine zu dünne Lösung zur Untersuchung. Theoretisch ist noch viel aufzuklären. Warum ist schließlich der Gefrierpunkt so verschieden? Vielleicht fanden sich ursprünglich schon Verschiedenheiten an Mineralbestandteilen, an Wasser.

Dr. Bohne (Schlußwort): Das Gehirn zerfloß bei 58° allerdings vollständig. Bei Entnahme von Proben wurde es zwar ordentlich durchgerührt, immerhin sind Versuchsfehler möglich. Im großen und ganzen ist der Verlauf der Kurven zu regelmäßig, als daß auf ungleichmäßiges Verrühren ein zu großes Gewicht gelegt werden müßte.

8. Weitere Untersuchungen über die forensische Bedeutung der Spektroskopie im violetten Teil des Spektrums. Prof. Dr. Ziemke-Kiel: In den letzten 10 Jahren sind die Fortschritte auf dem Gebiet des forensischen Blutnachweises beträchtlich gewesen. Der biologische Blutnachweis hat ein altes Problem gelöst. Heute sind durch die Hausersche Kapillarmethode alte, sehr kleine Blutflecke biologisch nachweisbar. Wenn sich die Ergebnisse von v. Dungern und Hirschfeld bestätigen, ist vielleicht aus der biochemischen Struktur des einzelnen Individuums, aus der Eigenartigkeit seines Blutes bei Alimentationsprozessen Nutzen zu ziehen; insofern als aus dem kindlichen Blut der Vater aus vielen Männern auszufinden ist. Immerhin bieten alte Blutflecke zur Erkennung von Blut noch Schwierigkeiten. Es handelt sich darum, in dünnen Blutlösungen mikroskopisch und spektroskopisch einen sicheren Nachweis zu liefern. Hier haben photographische Aufnahmen des Spektrums einen besonderen Wert als Grundlage des Gutachtens, da sie objektiv wiederzugeben sind und eine Nachprüfung ermöglichen (Ziemke; internationaler Kongreß, Brüssel). Beim Prismenspektroskop ist das blaue Ende dunkler, schwerer sichtbar; durch die Dispersion des Prismas wird der blaue Teil weit auseinandergezogen. Das Material, Crown- und Flintglas, ist nicht recht geeignet; im Gitterspektrum dagegen ist das rote Ende so lang wie das blaue; auch die Absorption im blauen Ende praezis und scharf. Kobert und Grabe empfehlen den Fluoreszenzschirm. Wertvolle Arbeiten lieferten Mirto 1905 für die violetten Streifen des Sonnenspektrums, Lewin, Miethe und Stenger 1907, schließlich Rost, Franz und Heise aus dem Reichsgesundheitsamt. Vom Wert und der Zuverlässigkeit dieser Arbeiten überzeugt, suchte Ziemke die Apparate möglichst einfach zu gestalten. Er begann seine Arbeiten mit dem wohlfeilen Bürkerschen Taschenspektroskop. Auch einfache Apparate genügten, um im Sonnenspektrum die Frauenhoferschen Linien zu bestimmen und die Spektren zu photographieren. Die exakte Lagebestimmung eines gesuchten Streifens ist übrigens schwer; bei künstlichem Licht ist die Zurückführung auf ein bekanntes Spektrum, etwa das des CO nötig. Die Unterrichtsverwaltung ermöglichte Ziemke die Anschaffung des Schummschen Praezisionsgitterapparates. Die Blutlösung wird in üblicher Weise dargestellt. Als Reduktionsmittel empfiehlt sich, da Schwefelammonium immer die Streifen des Sulfhaemoglobins erzeugt, möglichst Hydrazinhydrat oder Stokessche Lösung. Die photographische Platte ist anders empfindlich als das Auge. Die Plattenminima, die für den Unbewanderten störend sind, sind bei Wahl der passenden Platte (panchromatische Spektralplatte oder Gummelt-Hamburgsche Platte) gering. Für efornsische und praktische Zwecke überragt diese Spektroskopie bei weitem alle Methoden, mit denen sich sonst der Arzt bei der Blutuntersuchung quält. Notwendig ist es, das Photographieren zu erlernen; die Einübung ist übrigens leicht. Die Art und die Lage der Streifen gibt ein möglichst günstiges diagnostisches Resultat; Verwechselungen, wie früher, zwischem dem zweistreifigen Oxyhaemoglobin und dem alkalischen Methaemoglobin sind nicht mehr möglich. Im violetten Teil des Spektrums sind Streifen noch in einer Verdünnung nachweisbar, bei der sie im roten schon fehlen. Wenn Calmus angegeben hat, daß auch andere Farbstoffe das Haemoglobinspektrum zeigen sollen, so ist daran zu erinnern, daß Molisch aus Purpurbakterien die Phyllopurpurinsäure dargestellt hat, die das Haematoporphyrinspektrum ergibt und daß so Blutfarbstoff und ein Chlorophyllabkömmling eine Quelle zu haben scheinen.

Blutpräparate aus 1876 ergaben positive Resultate trotz Schimmelbildung. Abgesehen von Mirto gewann Ziemke die ersten Photographien im violetten Teil des Spektrums; für Cyanhaemochromogen liegt das Maximum vor G, für CO hämoglobin bei G, für Haemochromogen auf h scharf abgegrenzt. Der CO-Streifen ist noch bei einer Verdünnung von 1 : 20000 deutlich. Diese große Verdünnung macht das Verfahren dem biologischen ähnlich. Von Farbstoffen untersuchte Ziemke das Malachitgrün, Patentblau und Säuregrün, die ähnlich wie Blut in sehr starker Verdünnung Streifen im Violett ergaben. Der Unterschied besteht darin, daß das Blut in solcher Verdünnung wasserklar ist, die Farbstofflösung dagegen noch intensive Färbung zeigt.

Diskussion: Mayer-Simmern fragt nach der Bedeutung der Angriffe von Schumm auf Lewin, die in Schumms Arbeit in der Münchener med. Wochenschrift 1910, S. 1199 enthalten sind.

Ziemke beantwortet die Frage.

Lochte-Göttingen: Für Nachuntersuchungen dürfte es wichtig sein, jedesmal anzugeben, welche Wellenlänge das Licht des angewandten blauen Glases hat.

Zangger-Zürich: Mit der kapillaranalytischen Methode lassen sich bei Farbstoffgemischen die einzelnen Spektren auseinanderhalten. Es gelang ihm bei einer Leiche mit blauem Urin den Nachweis des Farbstoffs aus den Hosen.

Ziemke: Das mikrospektralanalytische Verfahren ist tatsächlich auch bei geringem Material nach jener Methode von Wert.

4. Die Fauna der Leichen. Gerichtsarzt Dr. Strauch-Berlin: Hochinteressant und lohnend ist das Studium der Frage: Wie verhält sich die Tierwelt dem Menschen gegenüber, wenn er tot ist? Wie weit ist sein Leichnam Angriffen der Tiere ausgesetzt? Zur Zeit ist das Gebiet noch lückenhaft und voll von Problemen. Die Zoologen haben allerdings die Morphologie der Tiere erforscht, andere haben auch Bausteine zur Biologie zu liefern versucht. Gerichtsärztliche Arbeiten liegen vor von Mégnin, Nzebiatowsky, Reinhard, Horoszkiewicz u. a. — alle ermöglichen es, auf Grund eigener weiterer Forschungen über das hochinteressante Gebiet wenigstens den Scheinwerfer spielen zu lassen.

Von Säugetieren spielen unter den Fleischfressern die Hyänen eine Rolle. Exakte Beobachtungen sind selten. Gg. Schweinfurth schilderte aus Abessynien, wie die Hyäna striata die Zelte umkreist. Die muhamedanischen Leichen werden in Büßerhemden eingehüllt in einem Hohlraum bestattet. Man findet die Knoten durchbissen und die Leichen herausgezogen. Nach Fritsch frißt die Hyaena bornea, der Strangwolf, die Leichen an. Auch Wölfe fressen Leichen auf. Vom Haushund berichtete Streckeisen-Burkard-Basel dem Autor, daß dieser einen $7^{1}/_{2}$ jährigen Knaben durch Beißen getötet habe. Der Hund hatte den Kopf der Leiche skelettiert. Im Magen des Hundes fand man Kopfhaare des Knaben, die sich mikroskopisch feststellen ließen.

Der Fuchs schleppt Teile mit, die im Walde umherliegen. Dem Hausschwein sollen unverehelichte Mädchen ihre Frucht vorwerfen. Von Wildschweinen angefressenes Wild, das sie waidwund antreffen, kann man hie und da sehen; ja sie können es auffressen („ludern“). Von Nagetieren suchen die Ratten den Augapfel der Leichen herauszuholen. Waldeyer bestätigte, daß in der früheren Berliner Leichenkammer der Anatomie nackte Leichen immer am Kopf charakteristische Verletzungen tragen, die durchaus postmortal sind. Die Ränder sind festonartig, nach dem großen Substanzverlust hin abgeflacht und zeigen Kratzeffekte von den kleinen scharfen Krallen herrührend (Demonstration eines Präparats von einem Neugeborenen vom Friedrichshain). Kirchhofsratten dagegen existieren zwar tatsächlich, gehen aber nicht an die Särge heran; sie fressen die Leichen nicht an und bauen nur Hügel in der Umgebung.

Von Vögeln kommen in Betracht die Geier, so der ägyptische Aasgeier, der Kondor. Alex. v. Humboldt schildert, wie er zuerst nach dem Auge hackt und die Leiche anschneidet; — ferner sind zu erwähnen Rabenvögel und Störche. Bei den Parsen, die durch ihre Leichen Erde und Luft nicht verunreinigen wollen, findet auf den „Türmen des Schweigens“, auf einer

radiär geteilten Fläche, ein Aussetzen der Leichen statt. Sofort stürzen sich die Geier darauf und in 30 Minuten ist ein erwachsener Mensch skelettiert.

Die Raben oder Krähen erzeugen nach Reichenow nicht die schnittstichähnlichen Verletzungen an Kinderleichen, wie es v. Hofmann annahm. Sie vermögen aber Leichenteile zu verschleppen. In Mecklenburg und Oldenburg sind die Sturmvögel, die Möwen gefürchtet; sie sind schwer abzuwehren. Der Möwenleib kann Verletzungen machen. Auch Kohlmeisen, Blaumeisen gehen an Tierkadaver (Beobachtungen von Tinnemann an der Kurischen Nehrung).

Den Krokodilen gaben die alten Aegypter und geben heute die Inder wie Chilineger im Nil bezw. im Ganges ihre Leichen zum Fraß.

Von den Fischen fressen Haie Leichen an. Die Aale gehen an Fleisch, an zerstückelte Leichen. Nach Waldeyer wurde ein lebender Aal aus dem Darm einer Leiche gezogen. Von den Anneliden findet man Rund- und Ringelwürmer. Die Pferdeegel saugen sich an Leichen fest. Ob sie Verletzungen machen können, ist noch nicht erwiesen.

Von den Weichtieren kommen in Betracht die Limneiden, die Muscheln und Schnecken. Planorbis, das Posthorn, findet sich in den Falten des Hemdes der Leichen. Die Tiere interessieren sich für die Algen, lecken die Algen ab. Nicht erwiesen ist, ob sie oberflächliche Verletzungen der Leichen machen können; die Schneckenzunge kann wohl bei Wasserleichen ablecken — ob die Schnecken aber, wenn im Winter eine Leiche gefunden wird und eine durch sie gesetzte Verletzung in Frage steht, im Winter überhaupt leben und frei herumkriechen, ist recht zweifelhaft.

Für eine Benagung durch Krebse fehlen dem Autor eigne Beobachtungen. Sie fressen in fließendem Wasser fauliges Fleisch. An faulen Leichen können die Gliederfüßler durch ihre Füße recht wohl Verletzungen machen.

Nach vielen Vorversuchen am Tegeler Schießplatz, bei denen verhütet werden mußte, daß Füchse und Wiedehopfe an die ausgelegten Fleischstücke herankamen, gelang es dem Redner das Studium der Entwicklung der Fliegen auf Fleisch dadurch zu fördern, daß er sich eines Eimers bediente, der oben eiserne Leisten trug, während sich zwischen ihnen große Maschen befanden. Die Fliegen folgen den Leichenstücken wie Geier. Die Eiablage erfolgt am Kopfe in die Augen-, die Nasen-, die Mundwinkel und kann sich über mehrere Tage erstrecken. Manchmal handelt es sich um vivipare Fliegen; die Maden fressen sich durch dicke Schichten durch. Sie fressen soviel, bis sie platzen. 5—7 mal platzen sie und häuten sich. Eine Imago schlüpft nach der letzten Häutung aus. War dies eine Generation, so kann man im Sommer 2—3 Generationen verfolgen. Ueberwintern sie, so tuen sie es im Imagostadium, nur selten als Puppen. Fressen tuen nur die Larven, die Imagines lecken die Flüssigkeiten auf. Eine Kenntnis dieser Vorgänge ist von großer Bedeutung; so erlebte der Redner bei einer Obduktion, daß der Richter annahm, die Maden in der Leiche seien ein Produkt der Fäulnis; es liege eine Generatio aequivoca vor.

Für die Leichen kommen von Fliegen in Betracht die Goldfliege, die Fleischfliege, die Stubenfliege, die Rotfliege. Der Redner konnte wunderschöne episkopische Bilder dieser Tiere demonstrieren; von Ameisen solche der Formica rufa, der gelben und der schwarzen Ameise. Die Verletzungen durch Ameisensäure haben bereits gerichtsärztliche Bedeutung erlangt[1]). Schwer ist es, Photographien von Maden zu erhalten, da diese sich bei auffallendem Lichte verkriechen. Desto wertvoller waren die vom Redner erhaltenen Bilder.

Die Käfer werden durch den Geruch angezogen. Mistkäfer sind oft zu finden; sie gehen sofort in die Tiefe, machen große Bohrlöcher und holen das Material herunter; in der Leiche selbst sind sie nicht. Der Totengräber, Necrophorus, fliegt nicht bei Annäherung von Menschen weg; durch Reibleisten erzeugen die Tiere merkwürdige Töne und locken sich einander an. Hierher gehören auch die Sylphiden oder Aaskäfer. Der Redner fand Käfer mit gelbem Brustschild auf der Stinkmorchel, Phallus impudicus; die Tiere hatten sich durch den Aasgeruch täuschen lassen.

---

[1]) Cf. Klingelhöffer, Vierteljahrsschrift f. ger. Med.; 1898, Bd. 15.

Werden die Leichen ranzig, trocken, so trifft man die Speckkäfer. Dermestes, wie Mégnin mit Recht angibt. Sie fressen nur schimmlige Dinge, Die Bohrkäfer dagegen finden sich dort, wo nur trockene Bänder und Sehnen vorkommen. v. Horoszkiewicz[2]) hat über die Wirkungen der gemeinen Schabe, Periplaneta orientalis, berichtet. — Die letzten „travailleurs de la mort“ nach Mégnin sind die Motten. Diese gehen sogar an Haarteile und fressen solche an.

Selbst skelettierte Knochen können Spuren von Nagetieren aufweisen. Der von Strauch früher bearbeitete patagonische Schädel, der anfänglich als Skelettorgan primitiver Völker angesprochen wurde, von dem man angenommen hatte, er sei nach eignem Ritus etwa durch eine alte Frau skelettiert worden, muß heute nach den Arbeiten von Rütimeyer, Stentrop, v. Sadowski als durch Nager angenagt angesprochen werden.

Diskussion: Ungar-Bonn berichtete über eine Obduktion, bei der eine Feuerspritze geholt werden mußte, um die Maden vom Skelett zu entfernen.

Straßmann-Berlin schilderte Fälle, in denen Ratten nicht den Kopf, sondern die Hände der Leichen angenagt hatten, er teilt ferner Erfahrungen von Littlejohn mit, wonach Wasserleichen im Meere durch Hummern vollständig skelettiert werden können.

Ziemke-Kiel bestätigte, daß die Fischer die Möwen als Aasgeier des Wassers ansehen.

Zangger-Zürich berichtete von einer vor erst 8 Tagen durch Schuß gestorbenen Person, deren Kopf schon 3 cm weit durch Maden bedeckt war.

Zweite Sitzung: Sonnabend, d. 23. September, 8 Uhr nachm.

Vorsitzender: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann-Berlin.

1. Ueber den Sauerstoffgehalt des Blutes bei Erstickung und gewaltsamem Tod. Med.-Rat Prof. Dr. Puppe-Königsberg. Redner hoffte, aus experimentellen Untersuchungen über den O gehalt des Blutes des rechten und des linken Ventrikels gesondert, für die gewaltsame Erstickung diagnostische Ergebnisse gewinnen zu können. Er berichtet über die Untersuchungen von Schaeffer und Ludwig, von Al. Schmidt 1867. Neuerdings hat Haldane eine Methode angegeben, die nach Loewys Angaben zwar nicht so zuverlässig, wie die von jenen Autoren benutzte Auspumpmethode ist, deren Resultate aber als ausreichend erachtet werden können. In lackfarben gemachtem Blut wird Sauerstoff durch Kaliumferricyanid-Ammoniak (1 : 500) freigemacht. Es entstehen Bläschen, die aus O bestehen und manometrisch bestimmt werden. — Zur Verhütung der Blutgerinnung dient nach Arthus eine Natriumoxalatlösung.

Gewaltsame Erstickung erzeugte Puppe in 10 Versuchen durch Unterbindung der Trachea auf der Höhe der Inspiration oder nach Thoraxkompression. Er fand, wenn er die gewonnenen Zahlen nach dem Mariotteschen Gesetze umwandelte, im r. Ventrikel 3,4, im l. Ventrikel 4% O. In 5 weiteren Versuchen tötete er die Tiere durch Nackenschlag (2), durch Nikotin, Strychnin, KCy (je 1). Auch hier fand er im l. Ventrikel 4%, im rechten weniger, etwa 3%. Für die Diagnose der gewaltsamen Erstickung ist daher das Verfahren noch negativ; es bedarf weiterer Untersuchungen, wie bei anderen gewaltsamen Todesarten der O gehalt des Blutes sich verhält.

Diskussion: Ziemke-Kiel: Wenn man auch unmittelbar nach dem Tode O Differenzen aufweisen kann, so ist doch die Fäulnis imstande, die Sachlage zu ändern.

Puppe-Königsberg: Es handelt sich einstweilen erst um rein wissenschaftliche Fragen.

2. Hermaphroditismus de lege ferenda. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Straßmann-Berlin. 4 Fälle, von denen 2 Leichenuntersuchungen, 2 solche an Lebenden betrafen, gaben dem Redner Anlaß, sich mit der Frage des Hermaphroditismus neuerdings wieder zu beschäftigen. Im Fall 1 handelte es sich um einen 6monatlichen Fötus; Fall 2 betraf ein 40jähriges Weib, das

[2]) Kasuistischer Beitrag zur Lehre von der Benagung der Leichen durch Insekten. Vierteljahrsschrift f. ger. Med.; (3) XXIII. S. 235.

sich rasierte, eine Klitoris von abnormer Größe aufwies, eine innere weibliche stark verkümmerte Geschlechtsdrüse mit korkzieherartig gewundenen Gefäßen und Follikeln besaß, ferner wie in den Fällen von Marchand und Pick eine Hyperplasie der Nebennieren hatte. Der 3. Fall war der Verfasser der Schrift: „Aus eines Mannes Mädchenjahren" und der 4. ein 10jähriges Kind eines hohen Militärs, das als Mädchen erzogen wurde, aber Bartwuchs, rauhe Stimme, männliche Körperformen hatte. Der Vater befürchtete, daß eine spätere Geschlechtsumwandlung, das Warten bis zur Pubertät einen Schaden für das Leben bedeuten würde und beantragte eine Untersuchung durch den Redner, die gemeinsam mit einem Gynäkologen erfolgte. In seinem Gutachten erklärte Straßmann das Kind für männlich; der Richter verfügte die Aenderung der Eintragung in das Standesregister.

Die Forderungen, die Amtsgerichtsrat Wilhelm in seiner Broschüre als Gesetzentwurf vorschlägt, hält Straßmann für kleinlich. Besser kommen die notwendigen Aenderungen in die Ausführungsbestimmungen, die der Bundesrat zu erlassen hat. Was ist ein Spezialarzt im Wilhelmschen Sinne, da es doch einen solchen für Zwitter noch nicht gibt? Echte Zwitter sind eine große Seltenheit. Auch in Zukunft sollte von einer gesetzlichen Anerkennung eines 3. Geschlechtes abgesehen werden, da die paar echten Zwitter und Doppelmonstra wie Scheinzwitter behandelt werden können. Neugebauer hat ein großes Material gesammelt. Es ergibt sich: 1. Recht häufig war die ursprüngliche Geschlechtsbestimmung unzureichend; 2. das männliche Geschlecht überwiegt und schließlich: 3. das geschlechtliche Fühlen kann unabhängig sein von der Art der Keimdrüsen.

Das Personenstandsgesetz von 1876 spricht nicht von Zwittern. Eine Eintragung in das Standesregister später, als zur Zeit der Geburt, ist nicht zulässig; eine Aenderung der ersten Eintragung nur im Berichtigungsverfahren. Da hängt es, weil oft nur eine hohe Wahrscheinlichkeit ausgesprochen werden kann, davon ab, ob dem Amtsgericht die ärztlichen Gutachten genügen. Im Interesse der Mehrzahl der Fälle ist es ratsam, das Kind, wie Wilhelm will, mit 2 Namen einzutragen, bis eine endgültige Feststellung erfolgt. Den Zeitpunkt der Aenderung wird man den Eltern überlassen. Ein angesehener Kommentator hält übrigens eine unbestimmte Eintragung in das Standesregister für möglich.

Ein zweifelhaftes Individuum wird man bei dem Vorwiegen der männlichen Zwitter eher für männlich erklären; auch wirtschaftlich ist das bei Fehldiagnosen von Wert. Nach Meixner ist zur Bestimmung ausschließlich die Art der Keimdrüse entscheidend. In einem Koliskoschen Falle wurde die Laparotomie und Exzision von Stücken der Geschlechtsdrüsen vorgenommen — allerdings zur Ermittlung der Wahrheit ein schöner Erfolg, er ist aber nicht mustergültig. Der Redner hat in seinem Falle 4 eine Operation nicht empfohlen, da die Gefahr des Eingriffs gegenüber dem Erfolg zu groß ist. Es handelt sich bei Meixner um eine einseitige Ueberschätzung des anatomischen Gesichtspunktes. In vielen Fällen haben Zwitter in einem Zustand gelebt, der ihren Geschlechtsdrüsen nicht entsprach. Das eigene Geschlechtsbewußtsein ist wichtiger, als der Zustand der Geschlechtsdrüsen. Eine völlige Konsequenz zeigen auch die Vertreter der Bedeutung der Keimdrüsen nicht. Wo ein Individuum eine Geschlechtsdrüse überhaupt nicht besitzt, läßt es sich mit einer negativen Antwort ja auch nicht abspeisen. Wir kommen zuletzt zur Weisheit des römischen Rechtes zurück: „Zwitter sind demjenigen Geschlecht zuzuweisen, das in ihnen vorherrscht."

Diskussion. Ungar-Bonn: berichtet über einen von ihm und Garré untersuchten Fall, indem eine Erzieherin als Mann diagnostiziert wurde. An der Spitze eines kleinen, penisartigen Körpers fand sich keine Oeffnung, darunter aber eine schlitzförmige Vertiefung, in der l. Hälfte des Hodensacks hodenartige Gebilde, in dem r. Leistenkanal ein ähnliches. Das Becken war männlich. Ungar wünscht Stellungnahme im bürgerlichen Gesetzbuche im Interesse Anderer, bei Majoraten z. B. Das alte Preußische Landrecht traf eine zweckmäßige Entscheidung; nach ihm konnte nach zurückgelegtem 20. Lebensjahre eine Person ihr Geschlecht bestimmen, wenn nicht die Rechte Dritter in Frage kamen. Da es Fälle gibt, wo Personen sowohl als Weib, wie als Mann fühlen können, ist es zweifelhaft, ob die Geschlechts-

empfindung wirklich ausschlaggebend ist. Wir wissen ja nicht, ob sie angeboren oder anerzogen ist.

Ungar geht weiter auf 2 Fälle ein, bei denen das Strafgesetzbuch in Frage kommt, auf einen männlichen Scheinzwitter, der sich an Kindern verging, obwohl er 17 Jahre als Frau verheiratet war und einen weiblichen Scheinzwitter, der als Krankenwärter lange Zeit fungierte und sich zu männlichen Geisteskranken ins Bett legte. Eine Bestrafung konnte im letzteren Falle nicht erfolgen.

Kratter-Graz: In Oesterreich steht die Entscheidung den Verwaltungsbehörden, nicht dem Richter zu. Straßmann hat Recht; für Zwitter bedarf es keines eigenen Gesetzes, da nur wenig wahre Zwitter existiert haben. Dagegen würden wir auf abschüssiges Terrain kommen, wenn wir den anatomischen Standpunkt Meixners nicht einnehmen würden; es besteht ein großer Unterschied zwischen dem, was die Gesellschaft und dem, was der Arzt zu entscheiden hat.

Zangger-Zürich berichtet über die weiteren Schicksale des von ihm geschilderten und in dieser Zeitschrift 1906 S. 54 referierten Falles von Pseudohermaphroditismus masculinus externus, der zich als „Frau" gut in den letzten 8 Jahren gehalten hat. Für die Behörden hätte eigentlich bei dem männlichen Charakter der Geschlechtsdrüsen nur das männliche Geschlecht in Frage kommen können; das Individuum fühlte sich aber als Weib.

Puppe-Königsberg muß auf Grund eines Falles die Frage aufwerfen, ob wir tatsächlich berechtigt sind, einem momentan bestehenden nisus sexualis, dem grade jetzt vorliegenden Empfinden nachzugeben.

Ziemke-Kiel: Bei ausschließlicher Betonung des Sexualgefühls ist der Spielraum doch gar zu groß, da es sich um viel zu subjektive Dinge handelt. Der augenblickliche Zustand ist unhaltbar. Es muß die Möglichkeit gegeben sein, später zu sagen, das Geschlecht sei zwitterhaft. Bei einem Neugeborenen war es Ziemke und dem Kreisarzt unmöglich, eine Diagnose zu stellen; periodische ärztliche Untersuchungen sind nötig.

Reuter-Hamburg: Ein 18jähriger Arbeiter wurde bei der Musterung als verdächtig wegen des Vorhandenseins weiblicher Brüste angesehen. Vor der amtsärztlichen Untersuchung machte ein Gynäkologe einen Einschnitt in den Damm, förderte weibliche Geschlechtsteile zu Tage und schuf eine Scheide. Der Verheiratung mit einem zurückgekehrten Jugendfreund stand nichts mehr im Wege

Lochte-Göttingen: Die Aussage von Zwittern über ihren Zustand ist mit großer Vorsicht zu beurteilen.

Mayer-Simmern erinnert an den in dieser Zeitschrift von ihm beschriebenen und abgebildeten Fall von unvollständiger Doppelbildung und Sinus urogenitalis bei einem 16jährigen Knaben (1905, S. 585), den Fr. v. Neugebauer-Warschau in seinem Werke über Hermaphroditismus 1907 ebenfalls gebracht hat. Der Sinus urogenitalis würde den Dienst einer Vagina haben versehen können, so daß es sich um eine Person mit doppeltem Geschlecht handelte („Dipygie" nach Neugebauer).

Straßmann-Berlin: Wo das Geschlecht festzustellen ist, müssen wir es einfach anerkennen. Bei zweifelhaftem Geschlecht müssen wir alles zusammenfassen, was wir an Attributen berücksichtigen können. Ein Gesetz zur Regelung des Hermaphroditismus ist nicht zu erwarten. Wir müssen uns tatsächlich anderweitig zu helfen suchen, das Personenstandsgesetz auslegen, umsomehr, als angesehene Kommentare sich auf den Standpunkt stellen, daß eine Anmeldung als Zwitter möglich sei und daß nachher durch spätere Beobachtung das Geschlecht festgelegt werden könne. Die Ausführungsbestimmungen können vom Bundesrat erlassen werden. Wo wir bei Berücksichtigung des Geschlechtsempfindens Halt zu machen haben, müssen wir wissen. Jedem Fall muß sein Recht werden.

Ungar-Bonn möchte konstatiert haben, daß wir doch eine Lücke empfinden und eine Aenderung wünschen, insbesondere wenn die Rechte Dritter in Frage kommen.

Puppe-Königsberg hält dagegen den Weg von Straßmann für gangbar. Straßmann selbst hält die Bedenken Ungars nicht für berechtigt; es sei wirklich möglich, daß wir ohne neues Gesetz auskommen.

8. Tödliche Verletzungen durch Automobile. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fr. Straßmann-Berlin. In der Berliner gerichtsärztlichen Praxis steht das Ueberfahren durch Autos im Vordergrund; die Häufigkeit fällt auch fremden, großstädtischen Aerzten auf. Anderswo ist es seltener, als in Berlin, weil die Straßen weniger mit Bahnen, die auf feste Schienen angewiesen sind, überlastet sind und das System der Niveaubahnen dort früher verlassen wurde. Es scheint, als ob auch unsere Bevölkerung ein gewisses Verschulden treffe. Die Art der Gefahren hat seit Beginn der gerichtsärztlichen Tätigkeit des Redners gewechselt. Vor 27 Jahren waren besonders die Schlachter- und Postwagen gefürchtet; dann kamen die elektrischen Straßenbahnen und schließlich die Automobile. Das schnellste Gefährt ist das gefährlichste. An das Neueste tritt im Laufe der Zeit Gewöhnung ein. 1910 kamen auf 310 gerichtliche Leichenöffnungen 63 = 17,7 % Todesfälle durch Ueberfahren, 1900 auf 247 : 47 = 19 %. Die wirkliche Zahl der Todesfälle durch Ueberfahren in Berlin ist etwas größer; eine Obduktion findet nicht statt, wenn die Zeugenvernehmungen die Schuld des Verunglückten beweisen. Auf jene 63 Leichenöffnungen kamen 24 Fälle von Ueberfahren durch Autos und zwar 22 durch Kraftdroschken, 2 durch Autobusse. 1900 handelte es sich 10 mal um Straßenbahnen, 3 mal um Eisenbahnen, 2 mal um Omnibus, 11 mal um Lastwagen.

Läßt sich aus den Erfahrungen von 1910, die teils auf eigene Leichenöffnungen, teils auf den dem Redner vorgelegten Revisionsprotokollen beruhen, eine charakteristische Diagnose auf den Tod durch Ueberfahren mittels Auto stellen? Wird durch den Pneumatiküberzug des Rades die direkte Zerstörung der Haut gemildert? F. C. Th. Schmidt (Diese Zeitschr. 1902, S. 693) hat angenommen, daß solche Räder weich genug seien, um bei einem schnellen Hinübergleiten über den Hals seine Oberfläche unverletzt zu lassen; Friedemann (ebenda S. 803) hat dagegen nachgewiesen, daß auch beim Ueberfahren durch andere Fuhrwerke nicht stets Beschädigungen der äußeren Bedeckungen vorkommen. Dementsprechend hat Hofmann 1905 angegeben, daß Gummiwagen sich von den Rädern von Lastwagen nicht in ihrer Wirkung unterscheiden. Wichtig sind die Blutunterlaufungen und das „Décollement"; wiederholt (Puppe) sind Radspuren in Streifenform beobachtet worden. Kleine Rißwunden der Haut, Hautabschürfungen finden sich wohl fast immer; völliges Fehlen der Hautverletzungen ist nie zu konstatieren. Eine geringe Hautverletzung beweist also kein Ueberfahren durch Auto. Ob eine Hautverletzung schwerer Natur nicht gegen die Annahme eines Ueberfahrens durch Auto spricht, ist noch nicht sicher; auch bedarf es noch weiterer Erfahrungen, ob Pneumatiks und solide Gummireifen sich unterscheiden. Bei Autos fehlen so schwere Zerfetzungen, wie sie beim Ueberfahren durch Straßenbahnen vorkommen und Zermalmungen eines Gliedes. Allerdings liegt beim Ueberfahren durch die Eisenbahnen manchmal bloß ein Umfahren vor. Bei den Knochen und Eingeweiden bedingt die große Schwere des Autos, die Wucht des Gefährtes bedeutende Schädigungen (eine Kraftdroschke wiegt 1—2 Tonnen, eine Straßenbahn 10 Tonnen). Bei unversehrten Knochen finden sich auch bei Autos Lungenrisse, Leberrisse. Bei Erwachsenen stehen meist die Skelettverletzungen im Vordergrund. Bemerkenswert ist eine Verletzung des Schädels, des Rumpfes und der unteren Gliedmaßen der Länge nach; sie gibt für Autos einen gewissem Anhaltspunkt. In 3 Fällen sah der Redner bei Kindern eine quere Durchtrennung der Luftröhre und des unteren Kehlkopfes. Diese Lücke war durch intakte, keinen Substanzverlust aufweisende Muskulatur des Halses ausgefüllt. Bei Steinwagen dagegen fand sich fetzige Zertrümmerung der Muskulatur. Hier dürfte die Schmidtsche Vorstellung von der Wirkung der Luftstreifen eine Berechtigung haben. In bezug auf die Unterscheidung der Frage, ob Selbstmord oder Unglücksfall ist an den Vortrag Dittrichs[1]) 1902 in Karlsbad zu erinnern, der beim Ueberfahren durch die Eisenbahn quere Verletzungen spez. am Halse, Abreißungen von Körperteilen für Selbstmord sprechend ansah, während beim zufälligen Ueberfahren die Verletzungen viel mannigfacher waren. Es wird wohl Ausnahmen geben; beim Auto die oben erwähnten queren Verletzungen und doch Zufall; auch beim Ueberfahren durch die Eisenbahn werden sich ähnliche Befunde erheben lassen.

---

[1]) Diese Zeitschrift, Sonderheft; November 1902, S. 113.

Diskussion: v. Sury-Basel sah bei geringer Verletzung der Haut eine schwere Schädigung aller innern Organe.

Bohne-Hamburg: Der negative äußere Befund erlaubt keinen Schluß auf die äußere Gewalt. Nach seinen Erfahrungen im Hamburger Hafenkrankenhause kommen Darm-, Leber- Milzzertrümmerungen bei geringen Hautverletzungen sowohl nach Ueberfahren durch Autos, als durch Lastwagen vor.

Ziemke-Kiel sah nach Lastwagen-Einwirkung beim Fehlen von Hautverletzungen eine Diastase der Halswirbelsäule von großer Länge. Bei Kindern sah er durch Autos gleichzeitige Schädel- und Rumpfverletzungen; von den Schädelverletzungen waren 2 typische Berstungsrupturen.

Zangger-Zürich beobachtete je durch Auto und durch Lastwagen bedingt je einen Fall von Lungenzerreißung ohne Verletzung von Rippen und Thorax.

Kratter-Graz sah nach Ueberfahrenwerden bei einem Kinde das Herz abgerissen, ohne daß der Herzbeutel geborsten gewesen war.

Reuter-Hamburg konnte über schwere Lungenruptur bei Kindern ohne Knochenverletzung am Thorax berichten; er hatte ferner Fälle zu obduzieren, bei denen das Herz an der Basis durchtrennt war und die Haut keine Verletzung aufwies. Besonders starkes Décollement sah er bei Regenwetter, wenn bei glattem Boden die Personen stark geschleift worden waren.

Straßmann (Schlußwort) hätte ebenfalls die Kasuistik durch Mitteilung selbstbeobachteter Lungenzerreißungen bei intakten Rippen, von Fällen von Abreißung des Herzens vermehren können. Auch er unterscheidet, wie es Kratter tat, zwischen Ueberfahren und An- und Umfahren.

4. Die sogenannte spontane Darmruptur beim Neugeborenen. Dr. K. v. Sury-Basel berichtet aus dem Koliskochen Wiener Institute über einen Fall von Darmruptur vor der Geburt. Bei dem Neugeborenen, das Schwellung des Hodensackes aufwies, schwer atmete und nach Klysma durch die Hebamme zweimal Stuhl entleerte, erfolgte bald der Tod. Man fand Schwellung der Leistengegend und des Hodensacks, Oedem des Penis, etwas Kindspech in der freien Bauchhöhle und im rechten Hodensack. Die Muskelschicht des Darms war 1 cm kürzer, als die Serosa, die Schleimhaut wulstete sich vor; es handelte sich also um intrauterin entstandene tödliche Perforationsperitonitis am Uebergang des Sigmoideums in das Rektum und um Phlegmone des Hodensacks. Die Ruptur entstand nicht durch Druck von innen nach außen. Im Darm finden sich z. B. bei der Hirschsprungschen Krankheit viel größere Mengen von Kot, ohne daß darum der Tod so früh einträte. Die Anamnese der Mutter in der Gravidität gab keinen Grund zum Eintritt der Ruptur. Die Aetiologie ist trotz der bisher beschriebenen 17 Fälle von spontaner Darmruptur beim Neugeborenen noch nicht klar.

5. Die Berechtigung der sozialen Indikation zur Sterilisation und ihre forensische Bedeutung. Dr. Kurt v. Sury (Basel).

Der Wunsch nach einem zukünftigen starken und gesunden Geschlecht veranlaßt den Staat, die Menschen zu normieren, die eine Ehe nicht eingehen dürfen. Im schweizerischen Gesetz hängt die Ehemündigkeit von der Urteilsfähigkeit ab; Geisteskranke sind nicht ehefähig. Der Gesetzgeber beschränkt das Eheverbot auf psychisch abnorme Menschen; Gebrechen sollen kein Ehehindernis abgeben. Ferner hindert das Eheverbot der Geisteskranken nicht die illegitimen Verbindungen. Während zur Eheunfähigkeit jegliche Form von Geisteskrankheit genügt, bedarf es zur Ehescheidung einer 3jährigen Krankheitsdauer. Beim Wiedereintritt aus der Irrenanstalt in die häusliche Gemeinschaft werden die geschlechtlichen Beziehungen sofort wieder aufgenommen. — Ein Eheverbot wäre auch bei schwer Tuberkulösen berechtigt. Einen Schutz gewährt dem Staat aber eigentlich nicht das Verbot der Ehe; nur die Kastration, wie bei übermäßiger Libido, die Röntgenbestrahlung der Keimdrüsen, deren Wert besonders Reifferscheid-Bonn nachgewiesen hat und die Vasektomie, die sehr einfach auszuführende Isolierung des Vas deferens und Exzision, ferner die Tubenresektion können in Frage kommen. Prophylaktisch ist diese Sterilisation dort berechtigt, wo bei Tuberkulose und Herzfehler der Mutter ihr Leben gefährdet ist (Holz, Laband); einen Fall von beiderseitiger Tubenresektion bei anus praeternaturalis schildert Hagen-

bach-Basel. — Bei Idioten, Imbezillen und Dementen hat die Gesellschaft von einer Nachkommenschaft keinenNutzen; sie selbst gewinnen dem Leben nichts ab. Bei offener Tuberkulose, bei Psychosen wäre die Sterilisation eine hohe ethische Pflicht des Arztes. Bei höheren Klassen könnte man vielleicht länger warten. Es würden die Anstalten für Imbezillen, für Epileptische entlastet werden. In Wyl, St. Gallen[1]), wurde die Sterilisation aus ähnlichen Motiven 4 mal vorgenommen, Der Redner geht auf die Arbeit von Oberholzer, auf Fälle von Wolf-Basel, Gelbke, Schiller näher ein, in denen die Schwängerung von Degenerierten zu verhüten versucht wurde. Der Wert der Sterilisation ginge schon daraus hervor, daß in England allein 65 700 Idioten verheiratet sind.

Die Sterilisation von Verbrechern wurde 1895 in Michigan, 1907 in Indiania gesetzlich geregelt. Im Zuchthaus in Indiana fanden 800 Vasektomien bisher statt; Störungen traten nicht ein. Die Insassen sind heiter, geweckt; sie raten ihren Kameraden die Sterilisation an. Die fakultative Vasektomie sollte bei allen Verurteilten ausgeführt werden dürfen, die unter der sexuellen Abstinenz stark leiden und die 10—20 Jahre im Zuchthaus sein müssen. Zwangsweise dagegen sollten die Sittlichkeitsverbrecher sterilisiert werden: Gewohnheitsverbrecher, Landstreicher, Dirnen. In der Schweiz ist allerdings vom Chirurgen, nach Einholung eines juristischen Gutachtens die Kastration abgelehnt. Es handle sich um eine Verstümmelung, eine Körperverletzung mit bleibendem Nachteil (H. Bircher)[2]). Redner hält die Einwilligung der Person oder des Vertreters für nötig, ein Konsilium für wünschenswert und rät, einen Spezialarzt zuzuziehen, dann hätte die nachträgliche Klage auf Körperverletzung keine Aussicht auf Erfolg; sonst wäre der Arzt straffällig. Unter jenen Bedingungen deckt sich die Sterilisation mit den Bestrebungen unseres Aerztestandes; es handelt sich um eine Verhütung ethischer Uebel. Wir überschreiten dann unsere gesetzlichen Grenzen nicht. Indikation wäre auch Alkoholismus des Mannes. Bei Verbrechern bedarf es der Willensäußerung und der Einwilligung der Behörden. In Oregon sind erst 3 Vorstrafen bei Verbrechern erforderlich, ehe eine Sterilisation ausgeführt werden darf. Der Mangel genügend starker Hemmungen bei Sexualverbrechern genügt nicht zur Unterbringung in eine Irrenanstalt; ein dauerndes Unterbringen in einer Strafanstalt ist zu hart. Vielleicht kann der Mann aber nach der Sterilisation in die Gesellschaft zurückkehren. Die ganze Aktion erfolgt zu Gunsten des Staats und der Gesellschaft; es wird verhütet, daß Gelder statt zu Kulturzwecken für Zuchthäuser u. ä. verschwendet werden.

Diskussion. Puppe-Königsberg: Wir in der alten Welt interessieren uns für diese Fragen, gehen aber langsam voran. So haben wir endlich die Jugendgerichte akzeptiert. Nach Kenntnis der Geschichte der Verbrecher- und Trinkerfamilien, deren Abkömmlinge im Arbeitshaus, im Zuchthaus, als Prostituierte den Staat Millionen kosteten (Fälle von Pelmann z. B.), stehen wir auch bei Trinkern der sozialen Indikation sympathisch gegenüber. Das Delikt aber, dessen der Arzt sich schuldig machen würde, ist der § 224, falls eine Einwilligung fehlen würde. Für den Arzt ist das ethische Gefühl, das Standesbewußtsein entscheidend. Die Beiträge des Redners sind aber interessant und vermögen uns einen Schritt weiter zu bringen.

Straßmann-Berlin: Ob bei Geisteskranken wirklich die Zustimmung des Vormundes genügen würde, ist fraglich. Für die sehr wertvollen Ausführungen des Redners sind wir sehr dankbar, ohne daß wir uns ihnen vollständig anschließen.

Ziemke-Kiel stimmt nicht unbedingt v. Sury zu. Auch bei unverbesserlichen Trinkern müßten Heilversuche vorausgehen. Bei Sexualverbrechern wäre der Nutzen der Sterilisation oft gering.

Ungar-Bonn: Nach der Vasektomie würde die Libido nicht aufhören. Bei Geisteskranken dürfte der Beschluß des Vormundschaftsgerichts nötig sein, das ein Sachverständigengutachten einzuholen hätte.

Straßmann: Ein Eingriff zu therapeutischen Zwecken würde leichter bewilligt werden, als ein solcher zu prophylaktischen Zwecken.

Zangger-Zürich: In Zürich sind unter Einwilligung der Staatsanwaltschaft und der Justizdirektion eine ganze Reihe von Sterilisationen vor-

---

[1]) Diese Zeitschrift; 1911, S. 393. [2]) Ebenda.

genommen worden. Nur medizinische Gesichtspunkte sollten berücksichtigt werden; gegenüber Anträgen der Armenpflege ist Vorsicht zu empfehlen.

Reuter-Hamburg: Wir Mediziner haben nicht das letzte Wort. So komplizierte juristische Fragen stehen im Vordergrunde, daß man praktisch ohne Juristen sie nicht lösen kann.

Puppe-Königsberg ist mit dem Referat eines Juristen für 1912 einverstanden.

v. Sury geht im Schlußwort nochmals auf die Arbeit von Oberholzer ein. Die Ausfallserscheinungen sollen bei der Kastration nicht zum Ausdruck kommen. Wenn die Potenz fehlt, können die Verbrecher die Gesellschaft nicht mehr gefährden; sie würden wenigstens keine Nachkommen mehr bekommen.

Dritte Sitzung: Sonntag, den 24. September, vorm. 10 Uhr.
Vorsitzender: Prof. Dr. Kratter-Graz.

1. Fahrlässige Kindestötung und heimliche Geburt. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ungar-Bonn.

Haberda gibt in seiner Lehre vom Kindesmorde reichliches Material darüber, wieviel Fälle zur gerichtlichen Hauptverhandlung kommen, wieviel freigesprochen werden. In 211 Fällen von Verdacht auf Kindesmord kam es vor dem Wiener Landgericht in 30 Fällen zur Anklage wegen vollbrachten Kindesmordes, in 17 zum Schuldig. 2 wegen fahrlässiger Tötung Angeklagte wurden freigesprochen. 94% der Mütter wurden nicht entdeckt. Bei 35% der Fälle von heimlichen Geburten ergab die Obduktion eine natürliche Todesursache. Nach Ahlfeld macht der Foetus in utero Atembewegungen; Reifferscheid hat solche Bewegungen nachgewiesen. Die Möglichkeit, daß der Foetus in utero tiefe Atembewegungen macht, ist vorhanden; sollte es sich beim Nachweis der Vernix caseosa in den Alveolen nicht um einen physiologischen Vorgang handeln?

Eine weitere Verfolgung des Falles entfällt, wenn das Kind abgestorben oder nicht lebensfähig war. Auch bei der Feststellung, daß das Kind gelebt hat, ist ein schuldbares Verhalten der Mutter noch nicht erwiesen. Bei angeborener Lebensschwäche können die Unbilden bei der Geburt nachträglich noch den Tod bedingen; ein mikroskopischer Befund braucht nicht mehr nachweisbar zu sein. Da bei der Obduktion der Neugeborenen häufig faule Leichen in Betracht kommen, fragt es sich umsomehr, ob die Mehrzahl der Aerzte die technische Erfahrung besitzen, um den Befund zu diagnostizieren. Es besteht also kein Zweifel, daß auch unter den Fällen, wo eine bestimmte Todesursache nicht ermittelt werden kann, doch ein gewaltsamer Tod vorliegen kann. Bei der vorsätzlichen Erstickung, wo rohe Gewalt vermieden ist, kann der Nachweis unmöglich sein. Nach Haberda kamen solche Fälle früher in Wien häufiger als jetzt vor. Nach Straßmann sind Erstickungen durch weiche Bedeckungen seltener, als manche Obduzenten glauben; Puppe hat eine Anzahl von Fällen gesammelt, Ziemke solche Fälle gesehen, Ungar 5 Fälle, bei denen auf Grund des Geständnisses vorsätzliche Erstickung anzunehmen war. Bei fehlenden Zeichen von mechanischer Einwirkung ist das Geständnis der Mutter nötig. Die Zeichen des Erstickungstodes lassen sich feststellen, das Agens aber nicht. Die Wahl der Tötungsart hängt von der Individualität der Mutter, ihrem Bildungsgrad, sozialen Verhältnissen ab. In Schlesien wird häufiger gewaltsame Eintreibung des Schädels, in Brandenburg und Berlin Erstickung beobachtet; in der Rheinprovinz ist Schädeleintreibung sehr selten. Der einzige von Ungar beobachtete Fall betraf eine Polin, die von auswärts in die Rheinprovinz gekommen war.

Die Sturzgeburt auf dem Abort, der Austritt des Kindes mit Harn und Stuhl, kann ohne Schuld der Mutter vorkommen. Diese Fälle häufen sich aber. In 26 Fällen mußte Haberda eine Sturzgeburt zugeben, obwohl sie nur vorgetäuscht war. Das Gebären über dem Eimer macht Schule. Der Nachweis, die Gebärende habe ein Gefäß aufgesucht, in der Absicht, das Kind zu töten, gelingt nur in einer kleinen Zahl von Fällen. Auch in Bächen und Teichen findet man Kinderleichen, allerdings braucht die Leiche erst in das Wasser geworfen zu sein, wie bei einem Mädchen, das am 10. Tage aus der geburtshülflichen Klinik entlassen worden war, in der Stadt umherirrte und

den Zug versäumt hatte. Obwohl nach der Geburt 10 Tage verflossen waren, nahm das Gericht „Kindesmord“, nicht „Mord“ an.

Bei Unterlassung des nötigen Beistandes kann Erstickung eintreten. Der freie Zutritt der atmosphärischen Luft zu den Atmungsöffnungen kann infolge Hilflosigkeit der Mutter, die das Kind mit den Beinen zudeckt, verhindert werden, oder bei Geburt in den Eimer, in den Abtritt. Der Nachweis, daß die Mutter die Gefahr erkannt habe, wenn sie es dort liegen ließ, ist fast unmöglich. Der Wärmeschutz kann dem Kinde fehlen. Eine Ausnahme ist der Fall von Fritsch, bei dem ein Kind im Obduktionssaal stundenlang lag und trotzdem am Leben blieb; das Kind kann durch Wärmeverlust zugrunde gehen. Verblutung aus der Nabelschnur ist selten und kommt nur bei Asphyxie vor. Da die Pädiatrie lehrt, daß ein Neugeborenes 3—4 Tage ohne Flüssigkeit, 5—6 Tage ohne Nahrung liegen bleiben kann, kommt Verhungern kaum in Betracht.

Dem Richter sind folgende Fragen zu beantworten: 1) Kann mit einiger Bestimmtheit angenommen werden, daß mit Gewährung des nötigen Beistandes der Tod nicht eingetreten sein würde (z. B. bei der Kotaspiration — und hier doch kaum zu bejahen)? 2) War sich auch die Mutter der Gefahr bewußt? Hatte sie ein Verständnis dafür, daß Eihautreste um den Mund, Nabelschnurumwicklung um den Hals des Kindes von Bedeutung für das Leben des Kindes sind? 3) War die Mutter imstande, die Gefahr zu beseitigen? Hier wird der Einwand der Ohnmacht, der Sinnesverwirrung erhoben. Nach Freyer wissen wir, daß Ohnmacht bei der Geburt vorkommen kann und solche Ergebnisse zu haben vermag. Oft aber wird sie nur vorgeschützt. Haberda vermochte eine Ohnmacht in 11 Fällen nicht zu widerlegen. Jetzt spricht man in Wien mehr von „Sinnesverwirrung“. In 5 von 12 Fällen war eine aktive Tötungsart vorgenommen worden; trotzdem wurde Sinnesverwirrung angegeben und es kam zur Freisprechung. Allerdings läßt sich oft nicht ablehnen, daß Erschöpfung und Schwäche vorlag.

Auch Ungar ist der Ansicht, daß wie im Vorentwurf des Str.-G.-B. der Kindesmord milde zu beurteilen sei; ein straffreies Ausgehen ist aber oft ein Unding. Der Nachweis des Verbrechens kann häufig nicht geliefert werden; besonders bedauerlich ist es jedoch, daß raffinierte Handlungen nicht nachgewiesen werden können, während eine ungebildete arme Viehmagd, die Schädelverletzungen gemacht hat, mit hoher Strafe belegt wird. Die Anklagebehörden nehmen oft jetzt schon fahrlässige Tötung an; dies ist ein richtiger Weg, der häufiger auch dort beschritten wird, wo Kindesmord von vornherein nicht nachweisbar ist. Aber auch jene Annahme trifft oft auf unüberwindliche Schwierigkeiten. Bei der Diagnose handelt es sich darum, ob die Mutter den Eintritt des Todes voraussehen konnte, ob sie es an der Aufmerksamkeit hatte fehlen lassen, zu der sie nach deren persönlichen Verhältnissen verpflichtet war, ob sie die drohende Gefahr erkennen konnte. Eine Person, die absichtlich ihre heimliche Entbindung bewerkstelligt, sollte wegen fahrlässiger Tötung zur Rechenschaft gezogen werden. Jede normal entwickelte, erwachsene Schwangere sollte wissen, daß bei der Geburt ein sachverständiger Beistand. auch für das Kind nötig ist. Eine heimliche Geburt unter Verzicht auf Hilfe läßt jene Aufmerksamkeit außer Acht, zu der die Mutter verpflichtet ist. Wird sie von der Geburt überrascht, dann fehlt es oft an Zeit, Hilfe zuzuziehen. Bei der Sturzgeburt rechnen aber die Personen oft mit der Möglichkeit, daß das Kind zugrunde geht. Absichtliche Herbeiführung heimlicher Geburt ist also als fahrlässig zu erachten; sie beraubt das Kind des nötigen Beistandes; sein Tod ist demnach fahrlässig verschuldet. Manche Kindestötung würde unterbleiben, wenn in einem Strafgesetzbuch diese Fahrlässigkeit deutlich ausgesprochen werden würde. Gefährdungsdelikte sind allerdings unseren Juristen unsympathisch; ähnliche Bestimmungen finden sich aber in bezug auf Verletzung der Regeln der Baukunst und in bezug auf Aussetzung.

Diskussion. Straßmann-Berlin stimmt materiell in den meisten Punkten mit Ungar überein; indessen ist Ungar zu sehr von dem Geiste des Mißtrauens gegen den Angaben der heimlich Gebärenden erfüllt. Ein dauernder Kontakt zwischen die Kindesmörderinnen etwa wie bei den Abtreiberinnen untereinander, besteht nicht; sie können sich nicht informieren, da

doch die Oeffentlichkeit bei den Gerichtsverhandlungen ausgeschlossen ist. Eine Ohnmacht kann zeugenmäßig festgestellt sein; einen Fall hat Straßmann gemeinsam mit Strauch obduziert, der in dieser Zeitschrift zur Veröffentlichung gelangt ist[1]). Eine Sinnesverwirrung braucht bei Einschlagen des Schädels nicht ausgeschlossen zu sein; handelt es sich doch oft um Schwachsinnige, die gegen Neugeborene aktiv vorgehen. Bei der Freisprechung durch die Schwurgerichte haben oft die Geschworenen Recht, insbesondere bei der Erstickung durch weiche Bedeckungen, die viel zu häufig angenommen wird. Wenn eine Kopfgeschwulst vielleicht etwas mehr ausgesprochen ist, nimmt der Sachverständige gleich Kindesmord an; die Geschworenen aber sprechen dann mit Recht frei. Den Begriff der heimlichen Geburt des Preuß. Landrechts hat das moderne Strafrecht abgeschafft, weil er modernen Anschauungen nicht entspricht. Eine fahrlässige Tötung ist fast immer nicht sicher; der Kausalzusammenhang fehlt, eine Hebamme ist auch nicht immer gleich zur Hand.

Ziemke-Kiel sah in Halle 2 Fälle von Erstickung durch weiche Bedeckungen bei Sachsengängerinnen, die ein Geständnis ablegten. Ertränken findet häufiger in der Kieler Föhrde statt; das Wasser lockt an. In bezug auf den Wärmeverlust berichtet Ziemke einen Fall, in dem ein Kind bis zum Abend auf der feuchten Plazenta in einer Kommode lebend lag. Pfannenstiel bezweifelte den Wärmeverlust nicht, hielt ihn aber nicht für wahrscheinlich. Später sah Ziemke ein Kind, das im Alter von 10 Tagen ausgesetzt worden war und trotz des Wärmeverlustes am nächsten Tage lebend aufgefunden wurde; es starb erst ein Jahr später mit Situs inversus. — Fahrlässige Tötung wird auch bei Ziemke dann von der Staatsanwaltschaft angenommen, wenn nicht genügend für das Kind gesorgt war.

v. Sury-Basel: Im Wiener Institut wurden viele Leichen Neugeborener aus der Frauenklinik mit Asphyxie untersucht. Vernix caseosa wurde oft nachgewiesen. Bei Kindesmord war dies nicht möglich. Die Aspiration von Fruchtwasserbestandteilen ist nicht physiologisch. Die Untersuchung muß Alveolen betreffen, die aus allen Lappen entnommen sind. Eine diffuse Aspiration spricht für einen schweren Vorgang, der den Tod des Kindes verursacht hat.

Reuter-Hamburg schließt sich v. Sury an. Bei Kindesmord findet man nie Aspiration von Epithelzellen en masse in die Alveolen; in vielen Fällen, wo er fehlte, dagegen wohl. Es handelt sich dann um intrauterine Asphyxie, nicht um physiologische Vorgänge. Zur mikroskopischen Färbung der Vernixzellen kann bei Formalinpräparaten die von Straßmann 1887 angegebene Methode (Anilin-Fuchsin, Gentiana-Violett, absol. Alkohol) nicht dienen. Dagegen gibt die Gramsche Färbung scharfe, schöne Ergebnisse. In Serienschnitten ist die Anwendung von Gegenfärbung möglich. In einem Falle, in dem nach der Sektion die Lungenreste aufgehoben worden waren und in dem die Mutter angab, daß das Kind ohne Kunsthülfe geboren und von selbst gestorben sei, konnte Reuter durch den Nachweis der Aspiration von Vernix caseosa, der die Lungenalveolen intensiv ausfüllte, — die Angaben der Mutter, das Fehlen der sachverständigen Hülfe bestätigen (Demonstration der sehr schönen Präparate).

Strauch-Berlin: Die Frage des § 51 wird bei Kindesmord in Berlin selten angeregt. „Sinnesverwirrung“ ist ein guter Ausdruck. Der Verteidiger fragt nur danach, wenn man ihn darauf bringt. — Was die Erstickung durch weiche Bedeckungen anlangt, so ist bei Verschluß von Nase und Mund energisch auf die Kissen und ziemlich lange auszuübender, auf den Kopf lokalisierter Druck nötig. Die Zeitdauer hat Redner in einem Falle auf etwa 10 Minuten angegeben.

Straßmann-Berlin: Formol wirkt der von mir 1887 angegebenen Färbung direkt entgegen; die Gramsche Färbung ist besser.

Ziemke, Puppe und Lochte bestätigen, daß bei Erstickung durch weiche Decken, durch Umschlingen weicher Tücher um den Hals, durch Einwicklung es längerer Zeit bedarf, bis der Tod eintritt.

Kratter-Graz: Strauch hat Recht; es dauert mehrere Minuten,

[1]) Siehe Nr. 20 dieser Zeitschrift; 1911, S. 757.

bis der Tod eintritt. K. erinnert an die Versuche Okamotos, die in seinem Institut mit japanischem Seidenpapier angestellt wurden.

Ungar (Schlußwort): Wenn bei Haberda auf 211 Geburten 25 Sturzgeburten entfallen, die meist fingiert sind, so muß man gegen die Angaben der heimlich Gebärenden wirklich Mißtrauen hegen. Wenn der Gesetzgeber den Kindesmord gegenüber dem Mord milde beurteilt, so hat er übrigens der „Sinnesverwirrung schon Rechnung getragen. Fälle von Erstickung, die keine Folgen hinterlassen, kommen doch immerhin nicht sehr selten zu unserer Kenntnis. Redner wollte nur die Frage aufwerfen, ob es nicht möglich sei, daß mit Rücksicht auf die große Zahl von nachgewiesenen Fällen die Aspiration von Fruchtwasser als physiologisches Vorkommnis gedeutet werden müsse. Wenn sie aber bei Kindesmord nicht gefunden wird (v. Sury, Reuter), während sie bei heimlichen Geburten häufig ist, so bedingen diese eine so große Lebensgefährdung, daß die heimliche Geburt eben einzuschränken ist. Ziemke scheint ja auch mit der Annahme von fahrlässiger Tötung in solchen Fällen einverstanden zu sein.

2. Naheschusserscheinungen. Privatdozent Dr. P. Fränckel-Berlin: Im Mordprozeß Breuer war Vortragender im Auftrage der Staatsanwaltschaft als Sachverständiger tätig. Von Wert ist die Arbeit von W. Meyer[1]): „Die Kriterien des Nahschusses bei Verwendung rauchschwacher Pulver.“ Um die Entfernungen richtig abzuschätzen, bedurfte es indessen auch mit der in jener Sache benutzten Browningpistole eingehender Nachprüfungen. Es wurde dieselbe Browningpistole von 6,5 mm Kal. angewandt zu Schußverletzungen auf die menschliche Haut und zwar auf abgelöste und in situ befindliche Haut. Die gewünschte Entfernung wurde mit dem Zentimetermaß gemessen; die von 5 verschiedenen Schützen abgegebenen Schüsse hatten dieselben Resultate. Beim Naheschuß ist zu unterscheiden die Wirkung des Geschosses und die der Ladung. Eine Verbrennungswirkung ist nie vorhanden. Zwar sieht man auch bei hellem Tageslicht eine rötliche Flamme, indessen geht die Verbrennung zu rasch vor sich; die Abkühlung ist zu groß. Die Sprengwirkung bei rauchschwachem Pulver ist stark. Der Knochen ist am Einschuß schon von 1 cm ab stark zertrümmert; auch sieht man eine breite Zertrümmerung des Gehirns. Es treten als Sprengerscheinungen des Schädels große Knochenbrüche auf. Mit Ausnahme des aufgesetzten Schusses sieht man in einem Abstand von ½ bis 50 cm gleiche Resultate: meridianartig verlaufende Schußlinien, während konzentrische Biegungsbrüche um den Einschuß fehlen.

Die Dicke und Festigkeit des Schädels kommt wenig in Betracht. Beim Lebenden ist die dynamische Kraft noch größer als an Leichen.

Was das Pulver anlangt, so zeigt die Browningmunition 4 Rückstände: 1. 4eckige graue Blättchen mit Graphitüberzug; solche finden sich am Einschuß in 1—25 cm Abstand und sind leicht abwischbar. 2. Hell- und dunkelgrauer Schmauch, der fester haftet, und in 3—4 cm Abstand von trockener Haut leicht zu entfernen ist, auf feuchter aber beim Abreiben, etwa beim Reinigen der Wunde von Blut, entfernt werden kann. 3. Bei 2—6 cm immer, von 7 cm an weniger Rauchflecke; zwischen Schmauch und Blättchen finden sich unverbrannte Blättchen mit Vakuolen, Ausfransung am Rande. Sie geben die für Naheschuß charakteristische Nitroreaktion.[2]) 4. Kohlepartikeln an Haut und Haaren, ein Ring, der um den runden Knocheneinschuß fest eingesprengt ist. Die praktische Verwertung des sog. „falschen Brandsaums“, des homogen bleibenden schwarzen Rings ist fraglich.

Die Sprengwirkungen am Lebenden sind größer als an der Leiche. Andere Stoffe als Haut sind zu Versuchen nicht praktisch.

Zwischen Breuer und Mattonet bestanden homosexuelle Beziehungen. Gegenüber den Angaben des Briefträgers Scheid nahm die Verteidigung einen Schuß aus nächster Nähe an. Der Einschuß saß im behaarten Teil der rechten Schläfe; die Hautöffnung von rund 7½ cm hatte schwarzroten Rand; der Wundrand war wenig gezackt. Der kreisrunde Knocheneinschuß hatte 7 cm Durchmesser. Der Hautausschuß stellte eine sternförmige Rißwunde dar, die Schädeldecke zeigte horizontale und quere Sprünge, in die ein Büschel

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin; Januar 1908, S. 22.

[2]) cf. die Diskussion; S. 222.

Kopfhaare eingeklemmt war. Der Sachverständige der Anklage ging davon aus, daß sich keine Pulver-, keine festen Einsprengungen fanden, die chemisch als Pulver zu deuten waren. Ob Kohle vorhanden war, ist fraglich. Der Chemiker erhielt dagegen Nitroreaktion; dabei ist zu berücksichtigen, daß die Haut nicht sorgfältig aufbewahrt war dann in Alkohol kam. Auf Papier, Holz, Schweineschwarten fanden sich Pulverreste bis zu einem Mündungsabstand von 40 cm. — Der Sachverständige der Verteidigung, ein Schießtechniker, nahm an, daß der „falsche Brandsaum" nur in 1 cm Abstand entstehe. Er nahm einen Abstand von 1 bis 1,1 cm mit absoluter Sicherheit an. Die Berliner Versuche, die bei 50 cm, $^1/_2$ cm und aufgesetzter Mündung an Leichen gemacht wurden, schlossen einen Schuß aus jeder dieser 3 Abstände aus und ergaben nur, daß der Schuß näher als aus 15 cm Entfernung gefallen sein mußte. Es ist bedenklich, apodicktische Schlüsse aus geschrumpfter Haut zu ziehen. Die Entfernbarkeit des Schmauches bei feuchter und bei trockener Haut ist verschieden. Wahrscheinlich muß man sich für einen Abstand von 1—3 cm aussprechen. Aus dem Prozeß ergibt sich besonders die Mahnung, die Einschußöffnung herauszuschneiden und genau zu untersuchen.

8. **Ueber Schussverletzungen von Kleidern.** Prof. Dr. Lochte-Göttingen. Vortragender berücksichtigte zunächst die Arbeiten von Seifert (diese Zeitschrift 1906, S. 361), Look, Longmore, Fischer, Délorne, Gerstäcker, Schäfer (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1900, XIX, S. 63), Thoinot (Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1900, S. 660), Dittrich und ging dann auf die Nitroreaktion von Wellenstein und Kober ein: Blaufärbung von rauchschwachem Pulver mit Diphenylaminschwefelsäure. Eigene Versuche wurden mit Rob. Schrader angestellt, der die Schüsse geliefert hat. Zielobjekte waren Leinen, Seide, Baumwolle; auch mit Wolle gefütterter Stoff, angebracht auf Säcken mit Sägemehl. Als Revolver diente die Browningpistole 7,65 mm der Berliner Schutzmannschaft, Gewehre mit Rottweiler Pulver u. a. wurden benutzt.

1. Naheschüsse: Je dünner und zerreißlicher die Gewebe sind, um sogrößer waren bei 5—7 cm Entfernung die Defekte. Bei Schwarzpulver fing das Gewebe Feuer (Fall von Tientsin 1902, bei dem nach Selbsmord eines Soldaten der Anzug Feuer fing, so daß man auf offenen Felde Feuer beobachtete). Abgesehen von der Wirkung der Gase und der Flamme kommen die Rückstände in Betracht. Zur Orientierung dient als Beweis für die Anwesenheit von KNO_3 ein kühlender Geschmack auf der Zunge. An nicht verletzten Stellen ist eine chemische Untersuchung auf Schwefel als Kontrolle nötig, Wenn die Kleider gewaschen waren, sind die Schußverletzungen an den Brandspuren kenntlich.

Beim rauchschwachen Pulver sind Hof und Pulverschmauch kleiner es fehlt die Verbrennung. Auch bei Haaren treten keine Branderscheinungen auf; bei Geweben ebenfalls nicht, nur ganz vereinzelt sucht man minimale Bräunung an den Geweben. Ob die Reaktion von Wellenstein und Kober auf unverbrannte Blättchen auf Kleidern eindeutig ist? Auch Schwarzpulver gibt dieselbe Färbung, ferner $AgNO_3$, $KMnO_4$, Kaliumbichromat, Ferrisalz (Eisenrost). Die angewandte Schwefelsäure muß frei von Salpetersäure sein, das Wasser darf weder Nitrate, noch Nitrite enthalten. Die Appretur des Stoffes ist zu berücksichtigen. Es handelt sich demnach nur um eine entbehrliche Vorprobe. Durch Waschen, Reinigen in chemischen Fabriken lassen sich aus Leinen und Wolle die Reste nicht vollständig entfernen. Es ist meist möglich, die Entfernung, aus der geschossen wurde, anzugeben.

2. Bei Fernschüssen können Defekte fehlen, die Kleider völlig unverletzt sein. Der durch das Geschoß in das dehnbare Gewebe vorgebuchtete Hohlraum ist bei senkrechtem Auftreffen kegelförmig (Seifert), schnellt aber nachher in alter Elastizität zurück. Die Dicke des Kleides ist ohne Bedeutung, wohl aber Richtung und Textur des Stoffes. Im allgemeinen sind die Löcher um so kleiner, je elastischer das Gewebe ist. Der Ausschuß ist stets größer als der Einschuß. Die Verletzung ist am kleinsten, je mehr senkrecht; um so größer, je mehr schräge die Richtung ist. Auf Kleiderfalten variiert die Größe nach der Dicke und dem freien Rand.

Charakterisch für Schwarzpulvergeschosse ist die Fettspur in den Kleidern bei Fernschüssen. Das Fett besteht aus Rindstalg und Paraffin; es dient zum Einfetten der Geschosse. Der Redner begann seine Versuche mit Gewehrschüssen und weißen Stoffen. Bei 1 m Entfernung sah er zahlreiche Fettspritzer, bei 2—60 m noch Fettspuren. Bei geschwärzten Geweben, bei Wolle und Baumwolle versagt die Osmiumreaktion auf Fette, und die Reaktion auf Joddämpfe. Lochte empfiehlt für diese ein Plätten der Stoffe zwischen Seidenpapier; dann schmilzt das Fett. Bei geringen Spuren gelingt eine genaue Lokalisation durch Einstäuben mit Sudan. Zu berücksichtigen ist bei Prüfung der alkalischen Reaktion die von Schmutzflecken und die der Appretur. Bei eingetrocknetem Blute ist die Fettspur noch nach 1—4—5 Tagen deutlich.

Die genaue Untersuchung der Kleider kann kriminalistisch wichtige Aufschlüsse geben.

Diskussion: Ungar-Bonn: Die Entfernung, aus welcher geschossen wurde, ließ sich in einem Falle aus dem Umstand, daß mehrere Projektile benutzt wurden, berechnen. U. machte mit derselben Waffe und denselben Bleistücken, die ein Wildschütz gebraucht hatte, Schießversuche.

Lochte erinnert an den Gefäßhof, der sich im Kontusionsring um die Einschußöffnung findet. Noch in alten Präparaten sieht man ein feines Netz von Gefäßen; es findet sich auch bei Blättchenpulver. L. empfiehlt Aufhellen in Xylol.

P. Fränckel-Berlin: Die Erscheinung ist bekannt und ist vitaler Natur. Als Ursachen kommen in Betracht: die Hitze, die mechanische Reizung, die Kontusionswirkung der einzelnen Teile. Diese Verästelung ist wahrscheinlich ein Kriterium des Naheschusses.

Durch die Nitroreaktion scheint doch eine Unterscheidung zwischen rauchlosem und schwarzem Pulver möglich zu sein. Eine große Anzahl von Körnchen ist beweisend für rauchlosen Naheschuß.

4. **Medizinischer oder chemischer Sachverständiger?** Privatdozent Dr. P. Fränckel-Berlin: Die Untersuchung von Haaren, Blut und Sperma wird meist Chemikern anvertraut; die Juristen halten sie nicht für eine Aufgabe der Aerzte. In den Tarifen der Chemiker sind die einzelnen Untersuchungen besonders genannt, in denen für gerichtliche Tätigkeit der Aerzte sind sie nur im allgemeinen aufgeführt. Darin ist ein Wandel nötig, es bedarf einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin zu dieser Frage. Warum ist diese Tätigkeit den Händen der Gerichtsärzte entglitten, obwohl die wesentlichen Verdienste auf diesem Gebiete von Orfila, Robin bis Uhlenhuth Aerzten zufallen? Erst seit Sonnenschein 1860 datiert die Mitarbeit der Chemiker; 1869 warnte das Petersburger Ministerium vor Apothekern, die nicht genügend forensisch geschult seien; Otto riet bei der Ausmittelung der Gifte den Chemikern, den Physiologen zuzuziehen. Die Gründe für die Inanspruchnahme der Chemiker durch die Gerichte lagen zunächst daran, daß bei der Guajakprobe, bei der Haemindarstellung chemische Operationen auszuführen waren; daß der Chemiker eine Laboratoriumeinrichtung besaß, der Gerichtsarzt nicht; daß die Gerichtsärzte eine Abneigung gegen diese Tätigkeit haben sollten und daß der Chemiker gleichzeitig andere Stoffe identifizieren konnte. Indessen die Verhältnisse haben sich geändert. Die Untersuchungen sind ihrem Wesen und ihrer Technik nach medizinisch, sie liegen im Interesse des Rechtspflege. Allerdings kann der Chemiker sich einarbeiten, auch können Entgleisungen an den Personen liegen. Er wird mit der Gift-, Nahrungs- und Farbenchemie bekannt sein; dagegen ist der Gerichtsarzt besonders histologisch besser vorgebildet. Er wird eine Aufquellung der Blutzellen nicht zur Diagnose benutzen; er kann mikroskopisch Gewebe, Zellen als Beimengungen erkennen, Haarverletzungen, Haarerkrankungen auffinden. Zudem ist die Biochemie nur an medizinischen Anstalten zu Hause. Die Unterrichtsstätten für gerichtliche Medizin müssen verlangen, daß ihnen praktisches Material zugesandt wird. Bei subtilen kritischen Untersuchungen sollten sie allein herangezogen werden; in besonderen Fällen auch die Gerichtsärzte. Die Versendung von präzipitierenden Sera sollte nur an Sachverständige geschehen. Die bakteriellen Untersuchungen

auf Fleischvergiftung sind rein medizinisch. Das Virus des Nahrungsmittels ist dasselbe, wie das an der Leiche. In bezug auf das Institut in Halle liegt bereits eine Verfügung der Oberstaatsanwaltschaft Naumburg vor; vom Kultus- und vom Justizministerium sind entsprechende Anordnungen 1910 erlassen worden. Für die Vergiftungen kann allerdings allgemein jene Forderung nicht gestellt werden.

Gegen die medizinischen Sachverständigen werden als Vorwürfe erhoben: Ihre Gutachten seien häufig zu unbestimmt, jene der Chemiker seien bestimmter. Allerdings ist der Grad der Wahrscheinlichkeit von Unbewanderten manchmal nicht richtig abgeschätzt worden. — Ferner entfaltet der Chemiker eine größere Tätigkeit durch Projektion von Präparaten, durch Zeichnungen im Gerichtssaal. Der Nachweis einer Spur wird aber objektiv nicht verbessert, wenn der Sachverständige Photogramme vorlegt. Man muß auf die Entstehung derselben sehen. Aus fertigen Krystallen ist nichts zu diagnostizieren. So sah Redner jüngst bei Untersuchung von Rost auf einem Beil Rhomben ähnlich den Haeminkrystallen, die damit hätten verwechselt werden können; sie waren aber stärker lichtbrechend. Es kommt auf die Herstellung an. Es bedarf tatsächlich aber auch einer Ausbildung des gerichtlichen Mediziners in den physikalisch chemischen Theorien und Kenntnissen.

Diskussion: Ziemke-Kiel: Wir sollten uns dafür aussprechen, daß wir voll und ganz auf dem Boden des Vortrages stehen. Auf jene Ministerialverfügung sollte in Plakatform hingewiesen werden, damit wesentliche Verzögerungen bei der Untersuchung verhütet werden.

Puppe-Königsberg rät zu Vorträgen in den juristischen Vereinen vor Richtern und Rechtsanwälten. Die Darbietungen werden gerne angenommen.

Lochte-Göttingen: Die Vorträge führen zu engerem Konnex mit den Gerichtsbehörden, zu persönlicher Fühlung.

Kratter-Graz: In Oesterreich hat die gerichtliche Medizin bereits die Anerkennung, die ihr zukommen muß. Durch Ministerialverfügung ist das ganze Reich entsprechend den Universitätsinstituten in Sprengel aufgeteilt, deren Untersuchungen dort stattfinden müssen. Unsere Vereinigung ist berufen, formell dafür einzutreten, daß in Deutschland ähnliche Einrichtungen geschaffen werden. Zu der hohen Stellung der Hygiene in Deutschland im Verhältnis zu den staatlichen Angelegenheiten hat die Deutsche Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege wesentlich beigetragen.

Straßmann empfiehlt, daß der Vortrag von Fränckel den Justizbehörden vorgelegt werden solle. Der Antrag wird angenommen.

5. **Gerichtliche medizinische Demonstration.** Gerichtsarzt Dr. K. Reuter-Hamburg. Vortragender demonstrierte zunächst fertige Lumière-Aufnahmen, ähnlich denen, wie sie Bürger 1910 in Königsberg zeigte. (Diese Zeitschrift, 1910, I. Beilage, S. 108). Im Stereoskop sah man wunderschöne Bilder von einer Leiche mit Totenflecken und einer solchen nach CO-Vergiftung. Er zeigte ferner die Wirbelsäule und die Aufnahme eines Aortenaneurysma bei einem Manne, der anscheinend früher eine luetische Aortitis durchgemacht hatte, 1907 einen schweren Unfall erlitt, dann 3 Wochen im Eppendorfer Krankenhause war, später als Provisionsreisender trotz Tabes sein Brot verdiente und 1910 starb. Der Ort und die Art die Einwirkung des Traumas, die Veränderungen der Wirbelsäule, Exostosen an der Brustwirbelsäule, Laesionen an Epistropheus und Atlas lassen den traumatischen Zusammenhang als sehr wahrscheinlich annehmen, obwohl klinisch ein Gefäßaneurysma ausdrücklich als nicht vorhanden angegeben wurde.

Endlich wurden zwei Embryonen demonstriert, die infolge verschiedener Einbettung, der eine im Uterus, der andere in der Tube, trotz gleicher Dauer der Entwicklung verschiedenen Befund aufweisen. Beide waren 21 Tage alt. Da auch bei dem häufigen Vorkommen der Endometritis die Uteri verschieden sind, erklärt sich die Verschiedenheit in der Entwicklung dort, wo es sich nicht um Tubenabort, sondern um gewöhnlichen Abort handelt.

An diese Sitzung schloß sich die

Geschäftssitzung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin.

1. **Vorstandswahlen.** Ergebnis: 1. Vorsitzender: Ziemke-Kiel, 2. Vorsitzender: Haberda-Wien, Schriftführer: Lochte-Göttingen, Kassenführer: Reuter-Hamburg, Beisitzer: Zangger-Zürich.

2. **Aenderungen der Satzungen.** Puppe-Königsberg: Die Aufgaben, die an die gerichtliche Medizin zur Zeit gestellt werden, wachsen stets. Die Begutachtung der Unfallverletzten und Invaliden stellt große Ansprüche. Auch in Oesterreich fällt dem Gerichtsarzt diese Aufgabe zu. Puppe spricht für eine Aenderung der Satzungen insofern, als die soziale Medizin und die Rechtsprechung vor den durch die Versicherungsgesetzgebung geschaffenen Behörden in das Gebiet der Verhandlungen einbezogen werden sollen, ferner für eine Aenderung des Namen der Gesellschaft in „Deutsche Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin".

In der Diskussion erwähnte Ungar, daß die Vertreter der sozialen Medizin fehlen; diese sollte nicht in den Vordergrund gestellt werden. Lochte erinnert daran, daß versicherungsrechtliche Fragen die Gesellschaft oft bereits beschäftigt haben, wie z. B. in Königsberg der Vortrag von Hoeftmann (Zeitschrift für Medizinalbeamte, Beilage 1910, S. 107), in Cöln der von Puppe (1909, Beilage S. 81), jetzt der von Leppmann. Mayer fragt, ob das Bestehen des Physikatsexamens nötig sei (eine Frage, die von Puppe verneint wird). Ziemke rät, werbend an die Herren von der Unfallheilkunde heranzutreten; Straßmann ist der Ansicht, daß man ohne Namensänderung auskommen könne; Kratter ist ebenfalls der Meinung, daß ein Abgehen vom alten Titel der Versammlung nicht ratsam sei. Bei der Abstimmung wird der erste Teil des Antrages angenommen, der Vorschlag betreffend Namensänderung dagegen abgelehnt. Außerdem wurde eine Resolution, daß eine Prüfung in der sozialen Medizin und ein Besuch der Vorlesungen obligatorisch zu machen sei, einstimmig angenommen.

Vierte Sitzung: Montag, den 25. September 1911, nachmittags.
Vorsitzender: Prof. Dr. Ziemke-Kiel.

1. **Sachverständigentätigkeit nach der Reichsversicherungsordnung.** Dr. Fritz Leppmann-Berlin. Redner will nur die Neuerungen, die durch die Kodifikation der sozialen Gesetze für die ärztliche Sachständigentätigkeit erwachsen, ins Auge fassen. Erweitert ist die Zahl der Versicherten. In der Krankenversicherung kommen hinzu die Landarbeiter, Dienstboten, Gehilfen in den Apotheken, die Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer, Erzieher, Wandergewerbetreibende bei einer Lohngrenze unter 2500 Mark. In der Unfallversicherung sind jene zu versichern, die beim Halten anderer Fahrzeuge als durch Wasserkraft bewegt, sowie beim Halten von Reittieren, von Fahrzeugen auf Binnengewässern beschäftigt sind. In der Invalidenversicherung kommen hinzu Lehrlinge und Gehilfen in den Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder. Da die Hinterbliebenenversicherung ebenfalls künftig neu für die Begutachtung ist, so vermehren sich quantitativ die Fälle der Begutachtung. Von den Trägern der Versicherung ist zunächst bei den Krankenkassen die Kur mit der gutachtlichen Tätigkeit engstens verknüpft. Künftig bedarf es eines schriftlichen Vertrags zwischen Aerzten und Kassen. Bei einer nicht genügenden Zahl von Aerzten darf die Kasse statt der ärztlichen Leistungen den Versicherten eine bestimmte Geldsumme geben, mit der sie sich ärztlich versorgen können; die Aerzte stellen dann nicht mehr Krankenscheine aus. Es besteht eine große Schwierigkeit in der Sachverständigentätigkeit in diesen Fällen, die der Gesetzgeber nicht zu überwinden vermocht hat; das Oberversicherungsamt kann zwar bestimmen, wie der Zustand anders als durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden kann; wie aber soll das möglich sein? Das Verhältnis der Landesversicherungsanstalten und der Berufsgenossenschaften zu den Aerzten wird nicht durch bestimmte Verträge geregelt.

Bei der Unfallversicherung wird zunächst von der Ortspolizeibehörde

alles, was auf den Unfall sich bezieht, festgestellt; hier ist bereits die Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen möglich. Es wäre recht gut, wenn hiervon recht oft Gebrauch gemacht werden würde, wo alles frisch in der Erinnerung ist. Die Akten werden der Berufsgenossenschaft übersandt; sie kann in jedem Stadium durch Untersuchung, durch Heilverfahren eingreifen. Sie kann sich an das Versicherungsamt wenden, auch dieses kann ärztliche Sachverständige vernehmen. Nach Abschluß der Ermittlungen erteilt der Versicherungsträger einen vorläufigen Bescheid, gegen den Einspruch zulässig ist. Auch hier wieder kann ärztliche Sachverständigentätigkeit möglich sein. Der Versicherte kann, wenn nicht schon vorher der Arzt seiner Wahl gehört ist, verlangen, daß dies geschieht. Bei der Vernehmung vor dem Versicherungsamt ist der Arzt dann zu hören, wenn das Gutachten von Bedeutung sein kann. Entrichtet jener die Kosten im Voraus, so muß das Versicherungsamt den Gutachter zuziehen; es muß diesem dann Einsicht in die Vorverhandlungen gewähren. — Die Berufung in Unfallsachen findet vor dem Oberversicherungsamt statt. Hier wirken bestimmte Aerzte als Gutachter. Diese sollen von nun an nur alle 4 Jahre gewählt werden. Da immer neue Methoden aufkommen, muß das Oberversicherungsamt das Recht haben, von ihm gewünschte Aerzte nach Bedarf zuzuziehen.

In der Krankenversicherung besteht jetzt ein regelrechter Instanzenzug. Der Versicherte kann Einspruch beim Versicherungsamte einlegen, das die Sache durch seinen Spruchausschuß prüft. Auch hier werden Sachverständige gehört. Berufung beim Oberversicherungsamt ist zulässig.

In der Invalidenversicherung wird die Rentengewährung und Entziehung vom Versicherungsamt geleitet. Dieses vernimmt Sachverständige, Zeugen, sammelt das Material, gibt sein Gutachten ab und sendet es an die Landesversicherungsanstalt. Bei Berufung hört auch in diesem Verfahren das Schiedsgericht (Oberversicherungsamt) seine Sachverständigen. Es kann bei Hinterlegung einer bestimmten Summe ebenfalls den Arzt hören, den der Versicherte bestimmt. Neu ist, daß Sachverständige, die der Landesversicherungsanstalt regelmäßig Gutachten erstatten, nicht Vertrauensärzte des Schiedsgerichts sein dürfen. — Das Reichsversicherungsamt ist für Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nur Revisionsinstanz; hier werden ärztliche Sachverständige nicht mehr gehört. Bei der Unfallversicherung ist die Vernehmung ärztlicher Sachverständiger in der Rekursinstanz eingeschränkt; es kann nicht mehr in jedem Stadium Rekurs eingelegt werden. Diese Einschränkung — Ausschaltung des Rekurses bei der vorläufigen Rente und bei einer Feststellung der Dauerrente wegen Aenderung der Verhältnisse — ist nicht zu bedauern.

Mit der eidlichen Vernehmung der Sachverständigen und Zeugen im Wege der Rechtshilfe wird das Versicherungsamt nur bei großer Entfernung der Gerichte beauftragt. Die Beteiligten dürfen anwesend sein, der Sachverständige darf sich in Unfallsachen nicht auf die Schweigepflicht berufen. Bei Nichterscheinen beträgt die Geldstrafe nur bis zu 300 Mark. Die Gebühren beim Versicherungsamte sind für Zeugen und Sachverständige dieselben wie bei den ordentlichen Gerichten in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten; im Spruchverfahren, ebenso wenn das Versicherungsamt zur Aufklärung vom Berufungsgericht ersucht wird. Bei der Invalidenversicherung findet eine Vereidigung nur dann statt, wenn zu befürchten ist, daß der Sachverständige nicht die Wahrheit sagt.

Die Reichsversicherungsordnung bringt an neuen Problemen: 1. Die Landkrankenkassen, die mit großen finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen haben werden, können mit Genehmigung der vorgesetzten Behörde Kranke in ein Krankenhaus schicken, statt Arzt, Arznei und Krankengeld zu bezahlen. Der Kranke braucht nicht zu gehen, wenn das Krankenhaus die Heilung nicht „fördern“ würde. Also ein neues psychologisches Problem; die Losreißung aus der Familie; auch der Umstand wird berücksichtigt, daß in manchen Krankenhäusern spezialistische Hilfe nicht vorhanden ist. 2. Bei der Feststellung der Dauerrente wird die Berufsgenossenschaft vom Begutachter Auskunft verlangen, wann die Dauerrente festzusetzen ist. Wichtig ist die Sache besonders für die Fälle, wo in Rücksicht auf ein laufendes Heilverfahren ursprünglich eine hohe Rente bewilligt wurde, auch u. a. bei Kopfverletzungen.

Mit der Neuregelung ist für die soziale Fürsorge viel gewonnen: Erweiterung des Kreises der Versicherten, Hinzufügung der Hinterbliebenenrenten, Schaffung größerer Rechtsgarantien. Durch Inanspruchnahme immer neuer Instanzen, immer neuer Sachverständiger wird der Gang aber doch erschwert, wenn jeder dieser Aerzte immer wieder den Zusammenhang mit dem Unfall nachweisen und die Höhe der Erwerbsfähigkeit abschätzen soll.

Diskussion: Prof. Lennhoff-Berlin weist auf die Schwierigkeiten hin, die wir bei der Hinterbliebenenversicherung haben werden, wo die Anhaltspunkte zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit recht dürftig sind.

Puppe-Königsberg: Allerdings bringt die Hinterbliebenenversicherung neue Probleme. Wichtig ist, 1. daß der erste Befund gleich nach dem Unfall durch die Ortspolizeibehörde erhoben und daß der Arzt, der den Patienten zum ersten Mal gesehen, vernommen werden soll; 2. daß das Versicherungsamt entscheidet, wie weit die ärztlichen Gutachten den Versicherten mitzuteilen sind. Ohne Obduktionsbefund ist der Zusammenhang zwischen Tod und Unfall oft schwer zu begutachten. Exhumierungen sollten mehr angeordnet werden.

Mayer-Simmern erinnert an die Zuziehung des certifying surgeon in England, der bei jedem Unfall an Ort und Stelle selbst Erhebung zu machen hat, sowie an die Beobachtungen von Gibbon,[1]) der glaubt, daß in Deutschland die Patienten zu leicht in die Krankenhäuser gesandt werden, und an die geplanten public health committees, denen immer 2 Aerzte angehören müssen. In bezug auf die ersten Notizen nach dem Unfall müßten die Aerzte von hier aus aufgefordert werden, daß diese möglichst sofort von ihnen schriftlich niederzulegen sind. Es genügt schließlich ein Zettel, der im Registrator aufgehoben wird.

Lochte spricht über den Bescheid der Landesversicherungsanstalten, Bohne über die Erkundigungen der Ortspolizeibehörden, Ungar über die Ueberweisung zur Beobachtung in die Krankenhäuser. Wer hat diese anzuordnen?

Ziemke: Die Ausführungsbestimmungen sind noch nicht erlassen. Die Altersgrenze bei 65, statt bei 70 Jahren, bei der Altersversicherung ist leider nicht zum Gesetz erhoben. Z. spricht über Vertrauensärzte und über Anträge auf Einstellung der Rente vor dem Oberversicherungsamt seitens der Berufsgenossenschaft, auch wenn der Versicherte keinen Widerspruch erhebt.

F. Leppmann (Schlußwort): 1. Wenn das Versicherungsamt erfährt, daß durch ein Heilverfahren eine bestehende Invalidität beseitigt werden kann, hat es dies der Versicherungsanstalt mitzuteilen. Hier wirkt es nicht unmittelbar, sondern nur durch Gutachtertätigkeit. 2. Die Feststellung der Invalidität der Hinterbliebenen ist in Praxis sehr schwer und hat auf Grund allgemeiner Erfahrung zu geschehen, so sehr auch Anhaltspunkte von Laien zu begrüßen sind. L. erinnert an die Arbeit von Becker (Aerztliche Sachverständigen-Zeitung, 1911, Nr. 19). 3. Künftig kann auch in der Invalidenversicherung der Berechtigte Abschrift ärztlicher Gutachten verlangen; das Versicherungsamt entscheidet, wie weit es in seinem Interesse ist. 4. In bezug auf die Beobachtung im Krankenhause enthält das Gesetzbuch keine Bestimmung. Das Versicherungsamt hat das Recht, sie zu verlangen, da es die Gesamtermittelungen leitet. — Uebrigens spricht jetzt das Gesetz in der Krankenversicherung von „Arbeitsfähigkeit", in der Invalidenversicherung und Hinterbliebenenversicherung von „Invalidität"; in der Unfallversicherung verbleibt das Wort „Erwerbsfähigkeit".

2. Die Stellung der gerichtlichen Medizin zur Frage der Feuerbestattung. Prof. Dr. A. Schulz-Halle. Die Feuerbestattung ist nunmehr in Preußen fakultativ gestattet; sie hat gegenüber religiösen, ethischen und kriminalistischen Bedenken ihre Anerkennung gefunden. Hygienisch ist sie bedenkenfrei und zu begrüßen; sie hilft einem Mangel an Begräbnisplätzen ab und zerstört die Infektionserreger gründlich und schnell. Der Rückstand sind Aschenreste, an denen path.-anat. Untersuchungen nicht vorgenommen werden können. Aber auch bei der Fäulnis werden recht oft wichtige Verletzungsspuren verdeckt. Bei starker Fäulnis ist es schwer, Durchtränkungen, Blutungen nachzuweisen, akute Milzschwellungen, etwa nach Abort, herauszufinden. Redner geht auf den von der Wiss. Dep. begutachteten Fall ein, bei dem nach der Exhumierung am Halse und am Oberarm sich Hautflecke

[1]) Gibbon: Diese Zeitschrift; 1911, S. 821.

fanden, welche die Aerzte und die Wiss. Dep. auf Verwesungserscheinungen, das Prov. Med.-Koll. auf Gewaltanwendung bezog. Er erwähnt den Fall Harbaum, bei dem irrtümlich H_2SO_4-Vergiftung angenommen worden war, Allerdings haben Knochen und Zähne den Vorzug, bei der Fäulnis noch die Identität zu ermöglichen. Der Verlust, der der Rechtspflege aus der Einäscherung erfährt, läßt sich ersetzen. Kalzinierte Knochen können noch Verletzungen durch Beilhiebe aufweisen. — Die Leichenschau muß in jedem Fall eine ärztliche sein. Verletzungen, die nicht in die Augen fallen, bei Kindern die Fontanellenläsionen, müssen besonders berücksichtigt werden. Die Farbe der Haut wird bei $KClO_3$, KCy auffällig sein. Die Vergiftungen werden besonders für die obligatorische Erdbestattung ins Feld geführt. Nun ist aber die Leichenöffnung nur eines der Mittel zur Ermittelung des Tatbestandes; es kommen Anamnese, die besonderen Umstände des Falles hinzu. Der amtierende Arzt hat den behandelnden Arzt zu hören; nur dann darf von der Leichenöffnung Abstand genommen werden, wenn nicht die leisesten Zweifel bestehen.

Bei plötzlichen Todesfällen ist in jedem Falle die Leiche zu öffnen, um jedem Zweifel die Spitze abzubrechen; dasselbe gilt bei Kunstfehlern, bei fahrlässiger Tötung. Auch bei uns würden die aus Oesterreich bekannten sanitätspolizeilichen Obduktionen von Wert sein, die beim Fehlen von Verdachtsmomenten, dort wo die Leichenschau eine Ursache nicht ergibt, bei nicht aufgeklärtem Selbstmord ausgeführt werden, die aber sofort unterbrochen werden müssen, und zur Anzeige an den Staatsanwalt zwingen, wenn sich fremdes Verschulden ergibt.

Wie der Fall von Grete Beier lehrt, kann bei der Einäscherung die Notwendigkeit der chemischen Analyse sich ergeben. Die Leiche war, nachdem Selbstmord angenommen worden war, eingeäschert worden; es lag aber CyK-vergiftung und Schuß in den Mund durch fremde Hand vor. Auch bei Unglücksfällen sollte neben der Leichenöffnung auch die chemische Analyse ausgeführt werden. So lassen sich die von Helbig erhobenen Bedenken gegen die Feuerbestattung widerlegen. Es bedarf des Hand in Handgehens des beamteteten, des behandelnden Arztes und der Polizei; wenn kein Argwohn sich erhebt, darf die Einäscherung erfolgen, tauchen Zweifel auf, so hat die Leichenöffnung zu geschehen; bei Selbstmord und Verunglückung muß die chemische Analyse ausgeführt werden.

Diskussion: Kratter-Graz ist seit 2 Dezennien Freund der Feuerbestattung und in Wort und Schrift dafür eingetreten. Es ist eine Forderung der gerichtlichen Medizin, daß vor der Bestattung das geschehe, was für die Rechtspflege wichtig ist. In Graz wurden infolge der Totenbeschau bei Verdacht viele Obduktionen bereits angeordnet. Die ärztliche obligatorische Leichenschau, streng durchgeführt, gibt eine sehr sichere Handhabe, um verbrecherische Handlungen aufzudecken. Es handelt sich bei der Feuerbestattung nur um einen Bruchteil der Bevölkerung; die Freiheit der Verfügung über seinen Leichnam muß jedem gestattet sein, nicht erlaubt ist es aber, den Zwang umzukehren. Der Rechtspflege werden nicht viele entzogen werden; an Exhumierungen wird es auch künftig nicht fehlen, nicht in Dezennien und nicht in Jahrhunderten.

Ungar-Bonn: Die Leichenschau hat nach den gerichtlichen Vorschriften zu geschehen. In Fällen, wo kein Verdacht vorliegt, auch noch die chemische Untersuchung zu verlangen, geht zu weit. Wer soll die Kosten tragen? Wenn es die Anverwandten sein sollten, so würde dadurch die Feuerbestattung für weite Kreise illusorisch werden.

P. Fränckel-Berlin: Sobald einmal Krematorien bestehen und die Behörden ihre Benutzung wünschen, wird tatsächlich die Kostenfrage eine Rolle spielen. Die chemische Analyse ist möglichst einzuschränken; die Organe sind zu asservieren; man muß abwarten, ob sich etwas Verdächtiges ergibt. — In der Leichenasche ist kein Gift nachweisbar, außer Arsen, vielleicht Spuren von Kupfer.

Puppe-Königsberg: Im Reg.-Bez. Königsberg kamen seit 1880 auf 4260 Obduktionen in 365 Fällen = 8,57% Exhumierungen; in Allenstein seit 1905 auf 332: 26 = 11,2%. Dies hängt mit der Eigenart der littauischen Bevölkerung zusammen; es handelt sich um Persönlichkeiten, die für die

Feuerbestattung nicht in Betracht kommen. — In Paris sah P. einen Leichenverbrennungsofen, der Auge und Nase enttäuschte. Religiöse Bedenken scheinen dort von einer starken Benutzung (400 Verbrennungen p. a.) abzuhalten.

Es darf nicht der leiseste Zweifel an Selbstmord und Verunglückung bestehen; pekuniäre Rücksichten dürfen nicht maßgebend sein. Das ganze Gesetz stellt einen Fortschritt dar. Wie die Aerzte Regulatoren der sozialen Versicherung sind, so sollen die Amtsärzte Regulatoren der Feuerbestattung sein. Die Leichenschau muß für den Gerichtsarzt reklamiert werden. Die polizeiliche Obduktion ist der Kosten wegen oft ausreichend; ergibt sich nur ein leiser Verdacht, so muß sie abgebrochen und als gerichtliche Obduktion beendet werden. Die gerichtliche Medizin wird starke Impulse aus dem Gesetz empfangen.

Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Greiff-Karlsruhe: In Heidelberg besteht seit 1891, in Mannheim seit 1901, in Karlsruhe seit 1904 ein Krematorium; in Baden überhaupt 4. In Baden gibt es kein Gesetz wie in Preußen, nur Friedhofsvorschriften; eine Aenderung ist daher leichter möglich. Der Leichenbesichtigung ist ein ausschlaggebender Wert nicht zuzuschreiben, die Schwierigkeiten sind oft sehr groß. Der Verstorbene liegt im Ornat, mit Orden und Ehrenzeichen da; der Amtsarzt wird ½ Stunde vor der Beerdigung zugezogen und soll nun die Leiche von Kopf bis Fuß entkleiden. Die Leichenverbrennungsvereine würden sich der Sache bemächtigen. Wenn der behandelnde Arzt bekannt ist, die Verhältnisse der Familie ebenfalls, wenn eine Krankengeschichte vorliegt, genügt eine oberflächliche Untersuchung. In Großstädten mögen ja gewisse Einschränkungen am Platze sein. Wenn eine ausführliche Krankengeschichte vorliegt und jeder Verdacht abzuweisen ist, erteilt man in Baden die Erlaubnis zur Verbrennung. Früher wurde bei Personen unter 18 Jahren die Sektion verlangt, heute genügt die Besichtigung. Nie war bisher eine Beanstandung nötig.

Was die Leichenschau durch Leichenschauer anlangt, so ist Greiff gegen die ärztliche Leichenschau in Baden. Schon früher bei einer Rundfrage in Mannheim gaben sich Aerzte nicht zu einer Leichenschau her. Trotz ärztlicher Leichenschau kamen in der Umgebung angeblich 2 Kinder lebendig auf den Friedhof; das wäre den Laienleichenschauern nicht vorgekommen.

Bei plötzlichen Todesfällen, ohne Krankengeschichte, muß der Fall durch gerichtliche Sektion aufgeklärt werden; bei Selbstmord und Unglücksfällen bedarf es regelmäßig der Sektion. Der Staatsanwalt muß die Erlaubnis zur Beerdigung geben.

Richter-München: Die ärztliche Leichenschau ist nicht halbwegs wichtig und wertvoll. R. sah in Wien einen Fall von Arsenmord, von Fruchtabtreibung, wo bei der Besichtigung nichts gefunden wurde, ferner einen Fall, bei dem einem Kinde eine Krawattennadel in das Schädeldach eingeführt worden und ebenfalls nicht entdeckt worden war. Darüber, wer die Leichenöffnung auszuführen habe, würden, wie ihm Herr Geh.-Rat Prof. Dr. Rapmund mitgeteilt habe, die Ausführungsbestimmungen handeln. Der Vorschlag von Prof. Schulz über die Notwendigkeit der chem. Untersuchungen geht zu weit. Bei der Feuerbestattung wird die Entkräftung eines Verdachtes durch Exhumierung tatsächlich wegfallen. Richter erlebte auch bei der Erdbestattung viel weniger Exhumierungen, als Puppe. In Wien, wo er in 15 Jahren 10—12000 sanitätspolizeiliche und 3000 gerichtliche Sektionen gemacht hat, waren höchstens 6 Exhumierungen nötig.

F. Leppmann-Berlin: Die bestehenden Kautelen genügen, auch wenn man sich irren kann, um event. gerichtsärztliche Bedenken gegen die Feuerbestattung zu entkräften. Auch bei der Erdbestattung besteht die Gefahr, daß Menschen in die Erde kommen, an denen ein Verbrechen begangen worden ist. Es gibt kein Verbrechen, das in der Mehrzahl der Fälle entdeckt würde. Sollen wir nur für einen besonderen Teil von Fällen die Feuerbestattung zulassen? Sobald die Gefahr geringer ist, als bei der üblichen Erdbestattung, ist gerichtsärztlich nichts dagegen einzuwenden.

Ziemke-Kiel: Die Besichtigung genügt nicht; wie seine Erfahrung lehrte. Ziemke erlebte 5 Exhumierungen mit ziemlich gut erhaltenem Befunde. Unter Umständen ist die Exhumierung zur Rehabilitierung wichtig. Nicht bei jedem Selbstmord und bei jeder Verunglückung ist eine Obduktion

nötig. Die Kosten chemischer Untersuchungen fallen sehr ins Gewicht. Was übrigens den Nachweis von Giften in verbrannten Leichen anlangt, so ist bei Arsen daran zu erinnern, daß der Arsenzusatz durch das Gesetz vom 5. Juli 1887 verboten ist und daß in normalen Organen Ziemke im Gegensatz zu Gautier nie Arsen fand.

Dr. Lührig, Direktor der chem. Untersuchungsämter, Breslau äußert auf Grund eigener Erfahrungen, insbesondere auch der Hirschberger Vergiftungsaffäre, ernste Bedenken gegen die Feuerbestattung. Hier gab die Chemie der Anklage den Unterbau. Der Chemiker fand in den Leichen beträchtliche Mengen As_2O_3, trotzdem sie bereits Jahre lang beerdigt waren. Gut charakterisierte Metallgifte lassen sich auch in exhumierten Leichen nachweisen. Zu Irrtümern Anlaß kann bei Arsen die postmortale Giftwanderung, in späteren Zeiten wohl auch die Anwendung von Atoxyl, Salvarsan geben, wenn eine Krankengeschichte fehlt.

Ipsen-Innsbruck: Bei der Besichtigung der Leiche ist es auch dem erfahrensten und gewissenhaftesten Amtsarzt oft unmöglich, die Todesursache festzustellen. Es ist unbedingt eine Obduktion vor der Feuerbestattung zu verlangen, aber auch sie hat möglichst gewissenhaft zu geschehen. Das Verlangen einer obligatorischen, chemischen Untersuchung geht zu weit; da aber noch nach Jahren in faulen Leichen Alkaloide sich nachweisen lassen, müssen die Organe aufgehoben werden.

Ziemke-Kiel: Die Konservierung von Organen ist so möglich, daß der Giftnachweis ausführbar ist. — Etwaige Obduktionen müssen von sachverständiger Seite gemacht werden, also vom Gerichtsarzt.

Schulz (Schlußwort): Wir haben nur das Interesse der gerichtlichen Medizin zu wahren; die Kostenfrage interessiert hier nicht. Die chemische Untersuchung ist bei Selbstmord und Unfällen nötig, um späteren Mutmaßungen vorzubeugen. Auch bei der Besichtigung der Leiche bedarf es einer eingehenden Untersuchung, insbesondere der weiblichen Genitalien. Nicht in jedem Fall ist eine Sektion nötig. Ihre Zahl wird nur gering sein.

Fünfte Sitzung, Dienstag, den 26. September, vorm.
Vorsitzender: Prof. Dr. Ipsen-Innsbruck.

1. Prof. Dr. Lochte-Göttingen gibt in schönen Diapositiven Ergänzungen zu seinem Vortrag am dritten Sitzungstage (s. vorher S. 221).

Diskussion. Ipsen sah eine kaum kennbare Depression an der Kleidung bei ausgedehnter Suffusion der Haut (Ital. Stürme 1904; Innsbruck).

Lochte sah ebenfalls bei ausgedehnten Verletzungen die Kleider unverletzt.

Ipsen: Das Gewebe ist komprimirt, zeigt eine leichte Delle, die Fasern sind flach; ein kurz umschriebenes Werkzeug von konischer Beschaffenheit hatte die Veränderungen erzeugt. Ipsen berichtet über einen Selbstmordfall: Ein Mann kam aufgeregt in die chirurg. Klinik; man fand eine trichterförmige Einbuchtung des Wollstoffs. Die Fasern in der Tiefe waren am meisten gedehnt. In dem Kegel steckte das Profil. Das Gewebe wirkte als Panzer.

2. **Demonstration zu den Schussverletzungen.** Prof. Dr. Schulz-Halle a. S.: Es handelte sich um fahrläsige Tötung durch eine Schuß- und Schlachtmaske. Ein Metzger demonstrierte einer Gesellschaft die Maske, nahm sie auseinander und schickte die Teile herum. Einer der Gäste führte eine Patrone ohne Vorwissen des Besitzers ein, dieser wollte den zusammengesetzten Apparat in seiner Wirkung erläutern. Die Versuchsperson fiel sofort tot um. Die Maske dient auch zum Selbstmord.

3. **Tödliche Physostigminvergiftungen mit Bemerkungen über den forensischen Nachweis.** Prof. Dr. J. Kratter-Graz: In der Litteratur niedergelegt sind bisher von ökonomischen Vergiftungen die Fälle von Cameron und Evans, 2 Fälle aus Glasgow, 1 aus Petersburg. Von Selbstmord ist 1 Fall von Leibholz berichtet. Der Fall Kratters betrifft einen Pharmazeuten, der, wie sich nachträglich ergab, eine Menge von 5 g Physostigminum sulfuric. Merck wahrscheinlich vollständig zu sich genommen hatte und im Hotel quer im

Bett liegend tot aufgefunden wurde. An der Leiche war die Diagnose schwer. Reizerscheinungen an den oberen Speisewegen sprachen gegen Morphin, standen aber in Einklang mit den Versuchen von Harnack und Wittkowski bei Physostigmin. Der Dickdarm war leer, das Darmrohr tetanisch auf Fingerdicke reduziert, während die mittleren Anteile ein gewöhnliches Aussehen hatten. Es bestanden ferner die Erscheinungen der Erstickung am Hirn, am Blut, an den Lungen, subpleurale Ekchymosen. Auffällig war die Verengerung der Pupille, die im Zusammenhang damit steht, daß der Nervmuskelapparat der Iris spät abstirbt, ferner aber auch durch die Höhe der Dose bedingt ist. Gewöhnlich tritt in der Agone eine Erweiterung ein, die postmortal bestehen bleibt. Die Ausscheidung im Organismus findet an vielen Stellen statt. Leber, Milz, Nieren, Blase (Harn) enthielten das Gift. Physostigmin geht aber rasch in den Urin über. Zur Darstellung wurde das vereinfachte Kippenbergsche Verfahren; Ausschüttelung durch Chloroform, Chloroform-Alkohol und Chloroform-Aether, benutzt. 3 Tropfen der verdünnten Lösung der gewonnenen Substanz erzeugten beim Menschen maximale Pupillenenge, Reaktionslosigkeit; die Sache verlief ohne Schaden in 24 Stunden. Sogar das aus den faulen Organen gewonnene Alkaloid (der Tod erfolgte am 7. Okt. 1910, die neue Untersuchung der Organe am 20. Juli 1911) bewirkte als Sulfat Pupillenverengerung, die 4 Stunden dauerte. Das Gift war also fäulnisbeständig.

Diskussion: Auf eine Anregung Richters erwidert Ipsen, daß er bei Atropin, das aus Leichen gewonnen war, die 3 Jahre im Erdgrabe geruht hatten, ohne Schädigung denselben Versuch und zwar an sich selbst gemacht habe. Leichte konjunktivale Reizung könne eintreten, wenn Säure im Ueberfluß angewandt worden sei; diese könne aber mit Fließpapier abgezogen werden.

Kratter: Die Verantwortung für den Versuch am Menschen trägt der Experimentator. Bei Anwendung eines analysenreinen Präparats könne mit Zustimmung der Versuchsperson das Mittel ohne Sorge beim Menschen angewandt werden.

4. **Zum Pflanzenalkaloidnachweis.** Prof. Dr. K. Ipsen-Innsbruck: Der Nachweis der Pflanzenalkaloide gehört zu den schwierigsten Kapiteln der gerichtlichen Medizin; kleine Mengen veränderlicher Substanz werden mit großem Material organischen Beiwerks untersucht, trotz der geringen Menge soll aber die Spezialreaktion scharf sein. Die Gewandtheit und das technische Geschick des Chemikers ermöglicht indessen den Nachweis von Strychnin-Atropin, Veratrin, Morphin. Aus den früheren Arbeiten Ipsens (Viertel, jahrsschr. f. gerichtl. Medizin; 3. Folge, IV. Bd., 1892, S. 15, VII. Bd., 1894, S. 1) ist seine Methode bekannt. Die Auswahl der Organe darf nicht ohne genügende Kenntnisse erfolgen; außer Magen-Darmschlauch kommen die ausscheidenden Organe, auch die Knochen in Betracht. Die Kumulierung der Organe zu einer Untersuchung ist zu vermeiden. Die Menge ist manchmal zu gering; so wurden 50 g Leber, 25 g Medulla oblongata übersandt. Es wird dabei nicht berücksichtigt, daß oft eine geringe Menge, 1 mg des Alkaloids, die Giftwirkung erzeugt hatte, daß durch Erbrechen, Kot, Urin schon viel den Körper verlassen hat, so daß in den Organen nur minimale Spuren gefunden werden können. Auch diese schrumpfen bei langer Analyse noch weiter zusammen. Ipsen betont den Wert des Chloroforms bei seinen Untersuchungen; insbesondere bei der Morphingewinnung; nach leichter Vorwärmung schüttelt er mit reinem Chloroform aus, dann wiederholt mit Chloroform-Alkohol. Er teilt 2 Untersuchungen auf Morphin bei einem 6 Wochen und einem 15 Tage alten Kinde mit. Das erstere hatte 0,01 Morphin erhalten; Ipsen konnte im Magen und Darm 3,5 mg als Sulfat nachweisen (Fröhdes Reaktion). Im 2. Falle war die Kobertsche Reaktion nach Destillation im Vakuum und Ausschüttelung des wässrigen Rückstandes mit Chloroform eindeutig beweisend. Das Chloroform ist bei Alkaloiduntersuchungen ein wertvolles, ja souveränes Extraktionsmittel.

Diskussion. Kratter-Graz: Kein Organ ist weniger geeignet, einen sicheren Nachweis eines Alkaloids zu liefern, als das Zentralnervensystem. Viele Alkaloide gehen darin Veränderungen ein, durch die der Nachweis des isolierten Alkaloids nicht mehr möglich ist. Einwurfsfreie Endprodukte sind schwierig zu erhalten. Das allerentscheidendste Objekt zum Nachweis ist da-

gegen der Harn; hier ist die größte Menge zu gewärtigen; hier läßt es sich auch ohne große Reinigungsverfahren ermitteln. Dann folgt wegen ihres großen Reichtums an Blut, das ja der Giftträger ist, die Leber.

Puppe erinnert an die Vorschrift des preuß. Regulativ in bezug auf die narkotischen Gifte.

Ipsen: Das Gehirn ist ungeeignet; das Myelin ist durch Extraktion und Fällung schwer fortzubringen. Die Isolierung ist schwer. Unter dem Einfluß der Arbeiten italienischer Forscher nimmt man im ital. Teile Tirols besonders an, daß das Gehirn Alkaloide sehr reichlich enthalte; das ist aber nicht richtig. Ipsen erinnert an seine ersten Strychninuntersuchungen von 1892. Der Magendarmkanal scheidet dagegen viel aus; daraus erklärt sich der große therapeutische Wert von Darmausspülungen und Waschungen in kürzeren Intervallen bei allen Alkaloidvergiftungen. — Auf eine Anfrage Fränckels, welche Erfahrungen an faulen Organen von Ipsen gemacht worden seien, gibt Ipsen einen Bericht über solche mit Strychnin, Bruzin, Atropin. Auf der Meraner Naturforscherversammlung hatte J. (Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin; 1906, 31. Bd., S. 308) dargelegt, daß der Nachweis unbeschränkt möglich sei, so lange Flüssigkeitsverlust ausgeschlossen ist. Atropin konnte an einer Adipozireleiche, die nach 8 Jahren aus tonigem Boden ausgegraben wurde, nachgewiesen werden. — Auch bei Cyankalivergiftungen ist die Möglichkeit des Nachweises gegeben (Authenrieth, Zillner).

Lührig-Breslau: Durch Umlagerungen, chemische Veränderungen kann das Morphin der Analyse entzogen werden. Die Organe sollten unmittelbar nach der Sektion an den Chemiker gesandt werden; selbst in heißer Sommerzeit dauert es aber manchmal 14 Tage; dann kommen sie in voller Fäulnis, in schauderhaftem Zustande an. Die Verpackung erfolgt in Strohhalmen, gewöhnlichem Zeitungspapier, gewöhnlichem, nicht versiegeltem Korb.

Reuter-Hamburg: Das Gehirn sollte doch dem Chemiker übersandt werden, aber von den anderen Organen gesondert. Die preußische Vorschrift ist zweckmäßig; nur unterliegt die Untersuchung dem Ermessen des Chemikers.

Richter-München: Die Morphinvergiftung entzieht sich manchmal dadurch einem Nachweis, daß die Kranken die Vergiftung einige Tage überleben und dann an Aspirationspneumonie sterben. R. hält auch das Gehirn, wie Kratter und Ipsen, nicht für praktisch zur Untersuchung. Wie einst Maschka auf die ersten Wege Magen und Darm, dann auf die zweiten Wege, Milz und Nieren Gewicht legte, so auch Richter. In bezug auf die Verpackung sind die vom bayer. Justizministerium beschlossenen Kisten vom Redner bei seinem Dresdener Vortrage besprochen worden. Die Kisten kommen ohne Eis, ohne Sägespäne, ohne Formalin an; die Gläser sind mit faulen Organen gefüllt. Ein Fortschritt ist nur, daß das Formalin wegfällt.

Lochte-Göttingen: Es kommt vor, daß Kleider mit Stichspuren naß aufgehoben werden und verschimmeln, daß Messer in Akten sich finden. Stockis hat ein Plakat über die Behandlung aller dieser Gegenstände, von Fingerabdrücken usw., der Polizei zur Verfügung gestellt.

Kratter: Besonders fäulnisbeständig ist Strychnin, das sich noch nach 6 Jahren vollkommen nachweisen ließ (Adipozire). Atropin und Morphin sind nicht so beständig. Was die Asservierung anlangt, so ist K. ein Gegner der auch in Oesterreich vorgeschriebenen Kisten. Bedenklich ist es, Gläser zu wiederholtem Gebrauch zu benutzen, da eine vollständige Reinigung eines Glases, das faule Organe enthielt, unmöglich ist. An der rauhen Fläche am eingeriebenen Stöpsel fand sich fein gepulvertes Arsen von früheren Untersuchungen.

Lührig-Breslau: Zu allen forensischen Untersuchungen sind neue Gläser nötig. L. vernichtet jeden benutzten Kolben, jede Porzellanschale.

Ziemke: Das Kieler Institut hat sich bereit dazu erklärt, dem Gerichte stets die Stelle zu vermitteln, die für die Untersuchung die passende ist.

Ipsen: Der Nachweis des Morphins mit Amylalkohol ist ungeeignet; die neue Untersuchungsmethode mit Chloroform läßt Morphin noch nach 4 bis 5 Monaten nachweisen.

5. Ueber Nitritvergiftung. Dr. Molitoris-Innsbruck. Die Litteratur enthält nur spärliche Berichte über Vergiftung mit salpetriger Säure (Orfila,

Hofmann, Kockel). Auch Kobert und Kunkel geben keine ausführlichen Darlegungen. Molitoris sah in Innsbruck 2 Fälle.

1. In einer Fabrik für Luftverwertung, die HNO_3 und Sauerstoff zum Zwecke des autogenen Schweißverfahrens herstellt, erkrankte ein Arbeiter an Uebelkeit; er verlor das Bewußtsein. Man fand chokoladefarbenes Blut, Blutüberfüllung der Magenschleimhaut, rötlich violetten Inhalt im Magen, ziegelsteinfarbenen im Dünndarm.

2. Ein 72jähriger Arbeiter hatte, da er zu Hause kein Kochsalz hatte, sich von dem am Fensterbrett herumliegenden $NaNO_2$ derselben Fabrik etwas zum Essen genommen. Es sei ihm schlecht geworden, er habe gestöhnt; der Ausdruck war starr, die Farbe blau. Auch hier war das Blut chokoladenfarben, Ekchymosen der Pleura, entzündliche Rötung von Magen und Dünndarm, Oedem von Lungen und Hirnhäuten, fast schwefelgelbe Farbe des Darminhalts fanden sich bei der Obduktion, bei der ein erstickender Geruch auffiel. Methaemoglobin ließ sich spektroskopisch in Spuren nachweisen.

Das Salz der Fabrik gab mit Jodquecksilberstärkelösung und mit Metaphenylendiamin und H_2SO_4 die charakteristische Färbung.

Diskussion: Zangger-Zürich: Mit dem Gift geht man in Farbfabriken, in Bleichereien entsetzlich um; man nimmt sogar das Salz mit nach Hause. So erkrankte eine ganze Familie an $NaNO_2$-Vergiftung.

Greiff-Karlsruhe: In einer Fabrik mit Darstellung des Nitrits aus Blei und HNO_3 wurden nur die Bleivergiftungen überwacht. Einzelne Fälle konnten auch Nitritvergiftungen sein.

Molitoris: Die Fabrik erzeugt HNO_3 und Nitrite nebenbei. Eine polizeiliche Ueberwachung besteht noch nicht.

6. Demonstration. Prof. Dr. Ipsen-Innsbruck. Bei einer Obduktion in einem Grenzstädtchen erweckte eine Weichteilwunde von 20 : 22 cm, eine Schädelwunde von 8 : 8 cm bei einer Leiche, die von einem Fischer an seiner Angel am Boden des Innflusses gefunden worden war, bei den ansässigen Aerzten den Verdacht auf Mord. I. dagegen kam zu dem Ergebnis, daß es sich um eine Leichenverletzung nach Tod an Ertrinken handle. Infolge der Befestigung der Leiche und der starken Strömung waren Kieselsteine, zuerst kleinere, dann größere zwischen Knochen und harter Hirnhaut eingedrungen; es waren ferner die Schuhe abgeschliffen, in die Haut der Hände hatten sich Steine eingekeilt. Beachtenswert war, daß sich ein Pankreaskarzinom fand, das mit dem Entschluß zum Tode in ursächlicher Beziehung stehen dürfte.

Mit einem Dank an die einführenden Karlsruher Herren Greiff, Kaiser und Battlehner schloß Med.-Rat Prof. Dr. Puppe die anregende Tagung, die der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin eine Reihe neuer Freunde gewonnen habe.

C. Kombinierte Sitzung der Abteilungen für gerichtliche Medizin und für Psychiatrie und Neurologie.

Dienstag, den 26. September 1911, nachm.

Vorsitz: Geh. Med.-Rat Dr. Ferd. Karrer-Klingenmünster.

1. Ueber nervöse Entartung (Referat). **a) Allgemeiner Teil.** Prof. Dr. Bumke-Freiburg i. Br. Historiker, Nationalökonomen und Aerzte arbeiten zusammen, um den Entartungsprozeß zu studieren, der nur an einer Folge von Geschlechtern historisch untersucht werden kann. Die Medizin hat die Führung nicht behalten. Vielleicht gibt es kein Entartungsproblem? Rieger nennt die Entartung eine deklamatorische Phrase, während Kraepelin verlangt, das Studium der einschlägigen Fragen sollte nicht von der Tagesordnung verschwinden. Im populären Sinne ist Entartung ein moralisches Werturteil; man versteht darunter Verbrecher und Schurken. Die Psychiatrie hat aber mit ethischen Urteilen nichts zu tun; trotzdem spricht man auch hier Degenerierte als moralisch Defekte an. Die Abart kann ebenso zweckmäßig sein, wie die Art; die Entartung bedeutet dagegen ein Schlechteres. Der Maßstab ist biologisch, der der Zweckmäßigkeit. Das Kriterium von Moebius: Entartung bedeutet die Abweichung vom Typus nach der unzweckmäßigen Seite, es ist nicht eindeutig, da sonst jede Krankheit hierher gehören würde. Es muß die Art angeben. Entartung ist eine von Geschlecht

zu Geschlecht fortschreitende Verschlechterung des nervösen Gesundheitszustandes.

Sind nun Schädigungen des Nervensystems auf die Nachkommen übertragbar? Die Erblichkeitsfrage tritt so in den Vordergrund, daß es ausreichend scheint, einen Menschen mit erblicher Anlage und mit körperlichen Degenerationszeichen als dekadent zu erklären. So wird aber der Degenerationsbegriff verwaschen. Selbst Virchow nahm an, ein lebendes Wesen, unter andere Bedingungen versetzt, vererbe seine erworbenen Eigenschaften auf die Nachkommen. Schon Meynert wandte sich dagegen. Es liegt nichts vor, was die erbliche Uebertragung funktionell erworbener Eigenschaften wahrscheinlich gemacht hätte. Gegen die Deutung der Versuche von Brown-Séquard, Obersteiner, Westphal: Erzeugen von epileptischen Anfällen bei Meerschweinchen, deren Eltern durch operative Eingriffe selbst epileptisch geworden waren, wandte sich Sommer. Es handelte sich hier, wie bei der Alkoholepilepsie, um Keimschädigung, nicht um Vererbung; Keimvergiftung wird allerdings durch Alkohol, durch Syphilis hervorgerufen. alle Allgemeinleiden, konstitutionelle Schwäche, zu hohes, zu niederes Alter der Eltern wirken ebenso. Der Alkohol bedingt eine quantitative Beschränkung der Kinderzahl; die Syphilis bedingt Aborte, kinderlose Ehen. Wahrscheinlich reicht jene Schädigung aber nicht über die zweite Generation hinaus; bei Syphilis erfolgt zwar eine Dezimierung der Rasse erfolgt, es kommt aber nicht, wie Fournier angibt, zu einer Schädigung der dritten Generation. Bei bestimmten erblichen Nervenkrankheiten sinkt in der folgenden Generation das Erkrankungsalter. Die Vererbungsgesetze muten insofern versöhnlich an, als sie weit eher ein Streben nach Regeneration, als nach fortschreitender Entartung erkennen lassen (Martius). Schon in der 16. Generation hat jeder 65000 Ahnen. Die Krankheitsmomente haben nicht stärkere Wirkung, als jene der Gesundung. Nur bei gleichsinniger Belastung besteht eine Chance im ungünstigen Sinne. Unsere Tierzüchter berichten zudem noch, daß edle Rassen sich ohne Inzucht nicht herstellen lassen. Aehnliches beweisen die Schicksale der führenden Kasten in allen Kulturstaaten (Ptolemäer, Inkas).

Nun sagt man: Unsere modernen Kriege nehmen die besten Elemente hinweg; die ärztliche Kunst und die Hygiene halten schwächliche Menschen am Leben und arbeiten so der Kultur entgegen. Der historische Mensch habe sich zu seinem Vorteil überhaupt nicht geändert, auch bei Tieren und Pflanzen gelinge eine bessere Abzüchtung nie, immer trete — abgesehen von Zufälligkeiten — ein Rückschlag ein. Dagegen wendet v. Gruber ein: Die Hygiene erhält kräftige Menschen arbeitsfähig, schützt sie vor Krankheiten, insbesondere vor Infektionskrankheiten. Wir halten zwar die Geisteskranken am Leben, verhindern sie aber, eine Familie zu gründen, ebenso wie der Selbstmörder keine Familie mehr gründen kann. Bei unseren sozialen Verhältnissen lassen wir die Geisteskranken nicht mehr so lange in Freiheit, wie früher. Wenn die Selbstmorde und die Zahl der Verbrecher zunehmen, so liegt das daran, daß das Leben härter geworden ist, mehr Reibungen bietet. Schwache Menschen kommen nicht mehr mit. Das Steigen der Nevenkrankheiten und die stärkere Inanspruchnahme der Nervenärzte hat verschiedene Gründe: Die Mode, Abwechselungsbedürfnis, die Möglichkeit der Arbeiter, leichter ärztliche Hilfe zu erlangen. Angstzustände, Selbstbeschuldigungen, manche Neurosen stehen im Zusammenhang mit den sozialen Verhältnissen. In der Politik, in der Litteratur und Kunst herrscht ein nervöser Grundzug; wir sind reizsamer geworden. In früheren Epochen fand man, auch in Deutschland, ähnliches: die pessimitische Grundstimmung, das Hasten und Jagen, gesteigerten Subjektivismus, Egoismus, das Bestreben in besonderen Naturheilmethoden seine Zuflucht zu suchen. Es handelt sich um Zeiten des Uebergangs, große geistige und seelische Revolutionen bei vermehrter Lebenssicherheit. Wenn es an den Kragen geht, sagt His, hört die Nervosität auf.

Woran gehen denn die Völker zugrunde? Die Hauptursache ist die absichtliche Beschränkung der Kinderzahl, die Ehescheu; entscheidend ist das Nichtwollen, auf Grund sozialer Ueberlegungen. Im alten Rom kam es zu einem Sinken der intellektuellen Kraft, zum allmählichen Ersatz der führenden

Rasse, zum Völkertod und Aussterben. Die nervösen Züge von heute waren dabei nicht vorhanden. Heilbar sind bei uns die sozialen, exogenen Momente; Alkohol und Syphilis sind wie Pest und Cholera zu bekämpfen. Die Reizsamkeit würde bei einem Krieg und drängender Sorge sich ausgleichen. Die Entartung ist kein Fatum, dem wir rettungslos anheim gegeben sind. sondern ein besiegbarer Feind, den wir bekämpfen müssen.

b. Spezieller klinischer Teil. Dr. A. Schott-Stetten. Der Referent war durch Erkrankung am Erscheinen verhindert. Verlesen wurden die Schlußsätze, aus denen hervorgeht, daß wir zur Zeit noch nicht in der Lage sind, die Vererbungsgesetze völlig zu übersehen, daß sich weitere Studien zu beziehen haben auf die Erkennbarkeit und Bewertung der Degenerationszeichen, auf Familienforschung, Prüfung der Ahnentafeln usw.

Eine Diskussion fand nicht statt.

2. Untersuchungen an Zwangszöglingen in Baden. Dr. E. Thoma-Illenau.

Im Sommer 1910 nahm der Redner seine Untersuchungen an 620 Zwangszöglingen (Fürsorgezöglingen) vor. Bogen, ähnlich den Laquerschen wurden zur Beantwortung vorher an die Schulleiter versandt. Die Exploration fand nach Sommers Schema statt; z. T. wurde eine Prüfung auf Schulkenntnisse vorgenommen. Nur solche wurden als abnorm bezeichnet, die mehrere körperliche Degenerationszeichen oder große Schädigungen aufwiesen. Es handelte sich um 57,6 % Knaben, 42,4 % Mädchen. Abnorm waren 58 %. Für gemeinsame Erziehung ungeeignet 11 %. 10 hätten in eine Idiotenansalt gehört. Erblich belastet waren mindestens — es waren viele Uneheliche darunter — 50 %, mit Trunksucht mit oder ohne andere Belastung 27,3 %. Von den Abnormen waren belastet 55,5 %, mit Potatorium bei den Abnormen 29,8 %, bei den Normalen 24,2 %. Schlechtes Milieu und große Kinderzahl sind erwähnt bei 82 %, die Eltern verbrecherisch bei 5,5 %, uneheliche Geburt in 12 %, beide Eltern tot in 8,4 %, Vater tot in 13,4 %, die Mutter tot in 17,7 %. Die Eltern lebten getrennt in 9,5 %, waren Zigeuner und lebten im Wagen in 1,6 %. Aus mittleren Städten stammten 8 %, aus Kleinstädten 16 %, vom Lande — dessen Milieu demnach auch nicht so günstig ist, 28 %, aus der Großstadt, die erheblich verschlechternd wirkt, 48 %. Abnorme waren aus städtischem Milieu 56 %, aus ländlichem 43 %. Je länger die Zöglinge in der Anstalt sind, desto besser sehen sie aus. Rhachitische Zeichen fanden sich bei 116, Tuberkulose, Skrophulose bei 56, Herzfehler bei 44; Scharlach hatten 27 bestanden. Geschlechtskrankheiten fanden sich sehr häufig bei Mädchen, insbesondere Gonorrhöe, 3 % hatten geboren. Schwerhörigkeit und Schilddrüsenschwellung waren häufig. Bettnässen, insbesondere bei älteren Kindern, fand sich in 70 Fällen. Hysterie war 35 mal notiert, meist bei älteren Mädchen. Epilepsie, Hebephrenie, Erregungszustände mit Sinnestäuschungen, Selbstmordversuche bei Melancholie kamen vor. Die Zahl der geistig Minderwertigen war sehr groß; ihre Erziehung verlangt ein besonderes Eingreifen des Staates. Die Meister, zu denen die Knaben nach der Entlassung kommen, sollten über die Eigenart der Zöglinge aufgeklärt werden, damit sie wissen, was von ihnen erwartet wird, und damit sie die Knaben nicht sofort wieder nach Hause schicken. Bei sorgfältiger Auswahl der Meister ist der Erfolg günstig. Jeder Zögling sollte vom Psychiater vor der Aufnahme untersucht werden; für Lehrer und Leiter sollten regelmäßige Vortragskurse eingerichtet werden. Die psychiatrische Leitung derjenigen Zöglinge, die beobachtet werden sollen, ist nötig; die Zwangserziehung ist in diesem Sinne einer Irrenanstalt anzugliedern.

3. Gerichtsärztliche Erfahrungen bei der Begutachtung jugendlicher Krimineller. Med.-Rat Prof. Dr. G. Puppe-Königsberg.

Schon 1904 äußerte der Juristentag den Wunsch, daß jeder kriminelle Jugendliche von sachverständiger Seite untersucht werden solle. Die Behandlung eines Falles ist eine ganz andere, wenn psychische Mängel vorhanden sind. Bei der ganzen Jugendfürsorge und -Versorgung ist eine obligatorische Untersuchung das Wesentliche; dafür sprechen Ernst Schultze-Greifswald, Löffler-Wien. In einer Arbeit in Aschaffenburgs Monatsschr. berichtet aus Hamburg-Altona Frl. Dr. jur. Anna Schulz über ihre Erfahrungen vor den Jugendgerichten.

Sie darf vor dem Plaidoyer des Staatsanwalts jedesmal das referieren, was eine vorher vorgenommene Untersuchung ergeben hat, während der Richter nichts verwerten kann, was nicht Gegenstand der Verhandlung gewesen ist. In Königsberg hat sich Redner [1]) mit Prof. E. Meyer zu einer obligatorischen Untersuchung aller Jugendlichen verbunden. Die Lehrer zur Jugendgerichtshilfe heranzuziehen, indem sie jedesmal auffällige Bekundungen in ein Buch eintragen, Potatorium, Verwahrlosung in der Familie notieren, ging nicht an; sie erklärten, Urteile abzugeben seien sie nicht in der Lage, das gehe über ihre Kompetenz. Der Schularzt dagegen wäre für jugendliche kriminelle Personen eine sehr wichtige Persönlichkeit, die recht wohl in Anspruch genommen werden könnte — allerdings nur in Großstädten. Hier fällt es noch Laien zu, auf Grund intensiver Befragung nach Heredität, Morbidität, Entwicklung des Kindes, den Fragebogen der Staatsanwaltschaft auszufüllen. (Das Formular müßte geändert werden, da es zu viel Urteile enthält, die für die Feststellung der Verhältnisse nicht maßgebend sind.) Bei Abweichungen von der Norm hätte der Gerichtsarzt oder der Psychiater eine Untersuchung vorzunehmen. Seit dem 1. Januar 1909 hat Redner 62 Jugendliche untersucht, nur in zwei Fällen wurde er direkt vom Jugendgericht befragt. Es waren Imbezille 29, Psychopathen 21, normal 12; um Diebstahl handelte es sich in 56 Fällen, um Gewalt, § 175, Unzucht unter 14 Jahren in den übrigen. § 51 wurde in 2 Fällen, § 56, mangelnde Einsicht, in 5 Fällen angenommen. Eine frühzeitige Vornahme dieser Untersuchungen ist wichtig, bevor das Kind in nicht geeignete Erziehung kommt, damit es von vornherein richtig behandelt wird.

Mehrere Jugendliche wurden wiederholt untersucht, da mit zunehmender Pubertät eine Aenderung des jeweiligen Geisteszustandes möglich ist; ein einmaliges Gutachten ist nicht immer ausreichend. Wünschenswert wäre es, wenn de lege ferenda bei der künftigen Regelung ausgesprochen würde, daß der Jugendliche das Gutachten nicht hören darf, sondern die Anwesenheit seines gesetzlichen Vertreters genügt. Die Minderwertigen ziehen einander an; sie treten einander näher — schon bei Jugendlichen findet man Verhältnisse miteinander. Wenn wir naturwissenschaftliche Anschauungen auch in dieser Frage vertreten, wenn wir gegen die Entstehung jugendlicher Kriminalität die rechten Maßnahmen treffen, für eine passende Erziehung eintreten, dann ist uns allen gedient. Auch der Richter wird damit einverstanden sein.

Diskussion: Dr. Rein-Landsberg a. W.: Psychiatrisch geschulte Aerzte sollten mehr wie bisher an den Versammlungen der Leiter der Fürsorgeanstalten teilnehmen; in einer solchen Versammlung meinte ein Redner, der Arzt solle dem Geistlichen die Anleitung geben, dann könnte dieser die weitere Behandlung übernehmen; ein anderer: der Psychiater werde den Jugendlichen materialistische, nicht sittliche Anschauungen einimpfen. — R. tritt für besoldete Jugendgerichtshelfer ein. Schon jetzt wird in Frankfurt a. M. — wenn auch per nefas — der Jugendliche aus dem Gerichtssaal herausgeführt; Prof. Vogt sei dafür eingetreten.

E. Ziemke-Kiel: Auch in Kiel gestattet der Vorsitzende, den Jugendlichen aus dem Saal herauszuführen. Denselben Widerstand, wie Rein in Landsberg habe auch er bei den Jugendgerichten gefunden. Trotz anscheinender ursprünglicher Zustimmung des Jugendgerichtes zu den Untersuchungen sei er nicht viel zugezogen worden. Die Fragebogen könnten übrigens doch von den Lehrern ausgefüllt werden.

A. Homburger-Heidelberg: In Baden ist die Jugendgerichtshilfe an die Bezirksvereine für jugendliche Gefangenenpflege angegliedert. Auch hier ist das Wesen entscheidend, nicht das Institut; nicht das Reglement, sondern die Person. Jeder Fragebogen muß die Frage nach Anlage und Milieu streng getrennt halten. Durch Hereditätsfragen wird der Laie zuviel abgelenkt. Summarische und weit ausgedehnte Untersuchungen sind abzulehnen. Junge Damen der Gesellschaft sind nicht zu Milieurecherchen zuzuziehen; auch hier ist die Persönlichkeit mehr wert, als Vorschriften.

Lochte-Göttingen: Je früher wir das Kind kennen lernen, desto besser läßt es sich beurteilen. Die Fürsorgeausschüsse (Westfalen) haben viel

[1]) cf. Vierteljahrsschrift f. ger. Med.; 39. Bd., 1910, Suppl., S. 146.

Segen gestiftet. Wenn wir durch den Lehrer erfahren, daß ein Kind nicht gut tut, wenn Vater und Mutter außerhalb des Hauses tätig sein müssen, müssen wir dem Krankhaften den Weg ins Leben erleichtern; eine Vorbeugung der jugendlichen Kriminalität ist das Wesentliche.

4. Entmündigung bei krankhafter Haltlosigkeit und verwandten Formen der Psychopathie. Dr. Homburger-Heidelberg.

Das kritische Alter für die Degenerierten, Minderwertigen, Haltlosen, Phantasten ist das zwischen 18 und 25 Jahren. Durch unzweckmäßiges Verhalten, Entgleisungen, Auffälligkeiten, geschäftliche Verbindlichkeiten, die sie zu halten nicht imstande sind, erwecken sie die Besorgnisse ihrer Angehörigen. Es werden verkehrte Testamente gemacht, ein 16jähriges Mädchen geht eine unüberlegte Ehe ein. Wie ist ein solcher Mensch rechtzeitig zu schützen? Ueber das notwendige Maß darf der Schutz nicht hinausgehen. Aus den Arbeiten der Hallenser, der Heidelberger Klinik, den Katamnesen Kirns über Haftpsychosen geht hervor, daß Individuen, die früher recht abnorm waren, später seßhaft und sozial werden können, und daß die Endergebnisse viel günstiger waren, als ursprünglich prognostiziert worden war. H. empfiehlt bei Moral insanity und Haltlosigkeit die Entmündigung der Minderjährigen. Entzogen wird ihnen nichts, man schützt sie nur vor Gefahren. Man verhütet, daß das äußere Milieu mit pathologischen Schädigungen beantwortet wird, durch abnorme Affekte, abnorme Willensrichtungen. Im ärztlichen Gutachten und im richterlichen Erkenntnis ist zu betonen, daß die Entmündigung keine dauernde Einrichtung sein soll, daß sie von vornherein als beschränkte gedacht ist. Auch für die Oeffentlichkeit ist es von Wert, festzusetzen, daß es sich nur um eine hinausgeschobene Volljährigkeitserklärung handeln soll.

5. Ueber den Erziehungsbegriff in der Neuro- und Psychopathologie. Dr. J. Bayerthal-Worms berichtet über die Ansichten von Kraepelin, Maudsley, Sommer, Rieger, Moebius, Tyndall, Scholz u. a. über den Erziehungsbegriff. Er selbst definiert Erziehung als Förderung und Hemmung der ererbten Anlagen von der Befruchtung der Keimzelle an bis zum Eintritt der Selbsterziehung in einem für das Individuum und das Gesamtwohl günstigen Sinne mittelst planmäßiger Einwirkung. Doch gibt es auch in bezug auf den Erziehungsbegriff keine abschließende Vorstellung, sondern jedes Zeitalter hat das Recht, ihn seinem wissenschaftlichen Bedürfnisse entsprechend zu umgrenzen. Dr. Mayer-Simmern.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Berichte über Versammlungen.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1911. XII.

Bericht über die am 12. Juni 1911 im Königl. Belvedere zu Dresden abgehaltene Versammlung des Vereins der Sächsischen Bezirksärzte.

I. Eröffnung der Versammlung.

Der Vorsitzende, Herr Med.-Rat Dr. Flinzer-Plauen, eröffnet die Sitzung, begrüßt zunächst die erschienenen Mitglieder, insbesondere das Ehrenmitglied, Herrn Geheimrat Dr. Weber, sowie die Vertreter des Königl. Ministeriums des Innern und des Kultus, Herrn Schulrat Sieber und Herrn Reg.-Rat Zobel, und dankt diesen ganz besonders für ihr Erscheinen. Er gedenkt sodann des im vergangenen Jahre verstorbenen Ehrenmitgliedes, Herrn Med.-Rat Dr. Gruner, zu dessen Ehren sich die Versammelten von ihren Plätzen erheben.

Auf seinen Vorschlag erfolgt dann zuerst die

II. Erstattung des Kassenberichts.

Herr Ober-Med.-Rat Dr. v. Mücke-Zittau: Einschließlich des Kassenbestandes in Höhe von 203,82 M. haben sich die Einnahmen auf 652,56 M. belaufen, denen Ausgaben in Höhe von 305,66 M. gegenüberstehen, so daß ein Bestand von 340 M. übrig bleibt. Das ist nun leider kein Bestand, der auch für die Zukunft etwas bieten kann, denn es stehen dem noch sehr große Ausgaben gegenüber; besonders für den vierten Band der Medizinalgesetze, betreffs dessen mit der Verlagshandlung noch eine kleine Differenz von 353 M. schwebt, die wahrscheinlich auch gedeckt werden muß. Außerdem sind noch einzelne Rechnungen, namentlich für Drucksachen und Kosten zu den Verhandlungen, ins neue Jahr mit übernommen, die ebenfalls zu decken sind. Nach einem von mir gemachten Ueberschlag für das kommende Jahr werden wir deshalb mit dem bisherigen Mitgliederbeitrag von 10 Mark nicht auskommen; es empfiehlt sich deshalb, diesen auf 20 Mark jährlich zu erhöhen. Jedenfalls können wir mit einem Beitrag von weniger als 15 Mark nicht auskommen.

Vorsitzender: Es wurde schon früher wiederholt ein Beitrag von 15 und 20 Mark erhoben; der Fall, daß wir mehr als 15 Mark erheben, steht also nicht vereinzelt da. Es soll auch bloß für ein Jahr geschehen.

Der Antrag auf Erhöhung des Beitrages auf 20 Mark wird hierauf abgelehnt, die Erhöhung auf 15 Mark ohne Widerspruch angenommen.

Zur Prüfung der Rechnungen werden die Bezirksärzte Dr. Stahl und Dr. Schmidt gewählt.

Vorsitzender: Wir haben ein Album angelegt von Bildern früherer Mitglieder des Vereins sächsischer Bezirksärzte; verschiedene Bilder fehlen aber noch. Ich bitte dahin zu wirken, daß wir diese erhalten.

III. Vorschläge der vom Verein der Sächsischen Bezirksärzte ernannten Kommission zur Aenderung der schulhygienischen Bestimmungen im Volksschulgesetz usw. Die Vorschläge liegen gedruckt vor, sie lauten:

I. Zu dem Gesetz vom 26. April 1873, das Volksschulwesen betr.

Bisheriger Wortlaut:	Zukünftiger Wortlaut:
§ 11 Absatz 1 letzter Satz: „Auf jedes Schulkind ist ein Klassenraum von mindestens 2,5 cbm zu rechnen."	Dieser Satz dürfte besser in § 4 der Ausführungsverordnung zu stellen sein mit der Veränderung, daß statt 2,5 4 cbm zu setzen ist.
§ 37 Nr. 12: „Die Veranstaltung regelmäßiger Revisionen der mit Landesanstalten verbundenen Schulen und außerordentlichen Revisionen anderer Schulen, wobei namentlich auch auf die Wahrung der Gesundheitspflege Rücksicht zu nehmen ist, soweit nötig unter Zuziehung ärztlicher Sachverständiger."	Unverändert „bis zu nehmen ist"; dann fortfahren: „unter Zuziehung der Bezirksärzte und Schulärzte".

II. Zu der Verordnung, „die Anlage und innere Einrichtung der Schulgebäude in Rücksicht auf Gesundheitspflege betr. vom 3. April 1873 mit den nach der Verordnung vom 24. März 1879 vorgeschriebenen Abänderungen“.

Bisheriger Wortlaut:	Zukünftiger Wortlaut:
§ 1 **Absatz 1 unverändert.**	
Absatz 2 erhält den	Zusatz: **„Schulhäuser sind mit der Hauptfront nach Ost—Westen oder Südost—Nordwesten zu stellen. Nordlage ist zu vermeiden.** **Die Unterrichtsräume sind, wo angängig an diejenige Front zu legen, welche die Frühsonne erhält.“**
Absatz 3 letzter Satz: „Dieses Gutachtens bedarf es nicht, wenn zweifellos ist, daß die Voraussetzungen des Absatzes 2 vorhanden oder nicht vorhanden sind“, ist	zu streichen.
Absatz 4: „Zunächst dem Schulhaus . . . zwischen Straße und Schulhaus“	erhält den Zusatz: **„Wo dies nicht möglich, ist die Straße mit geräuschlosem Pflaster zu versehen.“**
§ 2 und 3 bleiben unverändert. **§ 4 Absatz 1 erhält den**	Zusatz: **„Mehr als drei Stockwerke einschließlich des Erdgeschosses soll ein Schulhaus womöglich nicht erhalten.“**
Der Schlußsatz bleibt unverändert. **§ 5 bis 9 bleiben unverändert.** **§ 10 ist durch folgenden**	Zusatz zu erweitern: „Als lichte Fensterfläche ist nur die Scheibenfläche maßgebend.“
§ 11 bleibt unverändert. **§ 12 Absatz 1 und 2 unverändert.**	
Absatz 3: „Insbesondere ist bei Schulzimmern mit gewöhnlicher Ofenheizung die Einrichtung zu empfehlen, daß für die Zeit, während welcher nicht geheizt wird, einzelne Fensterscheiben, namentlich die oberen, geöffnet und durch bewegliche Stellvorrichtungen mehr oder weniger aufgelassen werden können, oder daß sich in einem jeden Schulzimmer mindestens ein, bei schlechtem Wetter von innen durch einen Schieber zu schließendes Drahtgazefenster befindet.“	„Insbesondere ist bei allen Schulzimmern zu fordern, daß sämtliche oberen Fensterscheiben einschließlich der Doppelfenster geöffnet und durch von unten bequem zu handhabende bewegliche Stellvorrichtungen mehr oder weniger aufgelassen werden können.“
Absatz 4 ist	zu streichen.
Absatz 5: „Zur Wegführung der verbrauchten Luft ist ein bis in den Dachbodenraum aufsteigender Abzugskanal in möglichster Nähe der Esse einzubauen, der nach dem Schulzimmer zu je eine verschließbare Oeffnung hat.“	„Zur Wegführung der verbrauchten Luft ist ein bis über das Dach führender, mit saugendem Essenkopf versehener Abzugskanal in möglichster Nähe der Esse einzubauen, der nach dem Schulzimmer zu eine oder mehrere verschließbare Oeffnungen hat.“
§ 13 bleibt unverändert. § 14 Absatz 1 bis 3 unverändert.	

Bisheriger Wortlaut:	Zukünftiger Wortlaut:
Absatz 4: „Die Wohnung des Schuldieners im Erdgeschoß unterzubringen ist zu empfehlen, nicht zu fordern"	zu streichen.
Neuer Zusatz:	„Die Hausmannswohnung hat einen eigenen Zugang von außen zu erhalten."
§ 15 bleibt unverändert.	
§ 16. „Sämtliche Gänge eines Schulhauses sollen hell und nicht zugig sein, aber doch nach Bedarf rasch gelüftet werden können. Die Hauptgänge sollen nicht unter 1,70 m Breite erhalten."	statt „1,70" ist zu setzen: „3 m Breite."
§ 17 und 18 unverändert.	
§ 19. „Zur Ermöglichung einer angemessenen Erholung der Schüler während der Unterrichtspausen ist für Knaben und Mädchen je ein offener und ein bedeckter Spielplatz wünschenswert."	Zusatz: „Um sich während der Pausen zu erholen, ist für die Kinder ein Hof vorzusehen, der zugleich als Spielplatz dient. Er ist so groß zu bemessen, daß auf jedes der in der Schule vorhandenen Schulkinder mindestens 2 qm entfallen."
Abs. 2 und 3 unverändert.	
Absatz 4: „Der bedeckte Spielplatz, der, wenn nicht besondere Lokalitäten (Turnsaal und Turnplatz) für den Turnunterricht zur Verfügung stehen, zugleich als Turnsaal zu dienen hat, soll gedielt" usw.	„Für 1000 Schüler ist eine Turnhalle vorzusehen. Sie soll gedielt" usw.
Absatz 5 bis 7 unverändert.	
Absatz 8 erhält folgenden	Zusatz: „Außerdem ist zur besseren Entlüftung der obere Teil jedes Fensters in seiner ganzen Breite als leicht stellbares Klappfenster einzurichten."
Absatz 9 und 10 unverändert. Dann folgt	neuer Satz: „Die Turnhallen sind täglich einmal und, wenn vor- und nachmittags geturnt wird, auch unter Mittag zu reinigen."
§ 20. „Jedes Schulhaus ist mit einem, gutes Wasser gebenden, laufenden oder Pumpbrunnen zu versehen."	„Jedes Schulhaus ist mit Wasserleitung oder, wo diese nicht vorhanden, mit einem, gutes Wasser gebenden, eisernen Pumpbrunnen zu versehen."

§§ 21 bis 40 betreffen die Einrichtung der Schulbänke. Es sind keine Aenderungen zu treffen mit der Ausnahme, daß überall statt „Subsellien" „Schulbänke" oder „Bänke" zu setzen ist.

§ 41 bleibt unverändert.	
§ 42 unverändert. Am Schluß	neuer Satz: „Die Unterrichtsräume sind täglich zu reinigen."
§ 43 1. Absatz erhält	Zusatz: „Während jeder Unterrichtspause ist mindestens ein Fenster zu öffnen."
Absatz 2 erhält	Zusatz: „Insbesondere dürfen die Unterrichtsräume auch während des Unterrichtes durch geeignete Stellung der Klappvorrichtungen entlüftet werden."

Bisheriger Wortlaut:	Zukünftiger Wortlaut:
§ 44—46 unverändert.	
§ 47. „In den ersten beiden Jahren des schulpflichtigen Alters soll die Zahl der wöchentlichen Schulstunden nicht über 20, in den beiden folgenden nicht über 26, in den nächsten vier nicht über 40 betragen."	„Im ersten Schuljahr soll die Zahl der wöchentlichen Schulstunden nicht über 12, in den beiden folgenden nicht über 16 betragen, und darf in den letzten Schuljahren 30 nicht übersteigen."
§ 48. „Während des Sommerhalbjahres soll in den Volksschulen auf dem Lande der Unterricht für Schüler von 10 bis 14 Jahren nicht vor morgens 6 Uhr, für die jüngeren oder entfernter wohnenden nicht vor 7 Uhr beginnen."	„Während des Sommerhalbjahres soll der Unterricht nicht vor 7 Uhr, im Winter nicht vor 8 Uhr beginnen; für Kinder des 1. und 2. Schuljahres im Sommer nicht vor 9 und im Winter nicht vor 10 Uhr."
§ 49. „Zwischen dem vor- und nachmittägigen Unterricht soll für jede Klasse die Pause wenigstens 2 Stunden betragen."	„Die Pause soll „womöglich drei, keinesfalls weniger als zwei Stunden" betragen."
Absatz 2: „Eine Zusammenlegung der Unterrichtsstunden ist unter der Voraussetzung statthaft, daß bei fünfstündiger Dauer des Unterrichts zwischen jeder Stunde eine Erholungspause von 10 Minuten, bei sechsstündiger Dauer aber außerdem noch eine Pause von mindestens einer halben Stunde stattfindet, während welcher die Schüler bei guter Witterung auf dem Spielplatz im Freien, bei schlechter in dem bedeckten (§ 19) sich erholen können, indeß in den Unterrichtsräumen durch Oeffnen der Fenster und Türen ein ergiebiger Luftwechsel hergestellt wird."	„Die Zusammenlegung des Unterrichtes auf den Vormittag ist, wenn nicht pädagogische Gründe dagegen sprechen, unter der Voraussetzung zulassig, daß er fünf Stunden nicht übersteigt und daß die Gesamtdauer der Pausen mindestens 60 Minuten beträgt. Sowohl bei ungeteiltem Vormittagsunterricht, als auch bei Beibehaltung des Nachmittagsunterrichtes ist die Länge der Pausen so zu bemessen, daß in jeder Pause der Hof benutzt werden kann."
§ 50 bleibt unverändert.	

III. Verordnung, die Anlage und Einrichtung der Aborte in den Schulgebäuden betr.

Bisheriger Wortlaut:	Zukünftiger Wortlaut:
Absatz 1 unverändert.	
Absatz 2	Zusatz: „Zu diesem Zweck hat jeder Abort womöglich ein eigenes an der Umfassung gelegenes, leicht zu öffnendes Fenster zu erhalten. Wo dies nicht angängig, sind die Aborte durch Oberlichter in ausreichendem Maße zu erhellen."
Absatz 3	Zusatz: „Innerhalb der Schulgebäude können sie nur dann gelegt werden, wenn durch geeignete Vorrichtungen (Wasserspülung, Oelpissoirs, luftige Vorräume) das Eindringen von jeglichem Abortgeruch verhindert wird."
Absatz 4: „Können dieselben nicht außerhalb des Hauses angelegt werden, so sind sie ebenso wie die zu den Wohnungen gehörigen an eine Umfassungsmauer	Streichen die Worte: „Können — so sind"

Bisheriger Wortlaut.	Zukünftiger Wortlaut:
des Gebäudes zu legen und mit in das Freie führenden Fenstern zu versehen."	
	Neuer Satz: „Alle Aborte sind, wenn irgend möglich, heizbar einzurichten."
Die folgenden Absätze unverändert.	

Außerdem sind noch folgende Forderungen aufzustellen:

A. In den Schulen ist für ausreichende Trinkgelegenheit zu sorgen.

B. Den Kindern ist Gelegenheit zum Reinigen der Hände zu geben. Hierfür sind, am besten durch Anschluß an die Wasserleitung, für jeden Unterrichtsraum mindestens zwei Waschbecken, Seife und Handtuch in der Klasse oder außerhalb bereit zu halten.

C. In größeren Städten ist ein Nachmittag in der Woche für gemeinsame Spiele oder Ausflüge freizulassen.

D. Für alle Schulen des Landes sind Schulärzte zu bestellen, deren Anstellung und Entlassung durch die Bezirksschulinspektionen im Einvernehmen mit dem Bezirksarzt zu erfolgen hat.

Die Ueberwachung der Tätigkeit der Schulärzte steht den Bezirksschulinspektionen im Verein mit dem Bezirksarzt zu.

Die Aufstellung einer Dienstanweisung für die Schulärzte hat auf Grund folgender Punkte für das ganze Land zu erfolgen:

1. Ueberwachung der hygienischen Einrichtung des Schulgebäudes.
2. Ueberwachung der Gesundheit der Schüler und zwar durch
   a) Einhaltung regelmäßiger Sprechstunden in der Schule,
   b) Untersuchung aller Lernanfänger,
   c) fortlaufende Ueberwachung der an besonderen Gebrechen leidenden Kinder,
   d) Untersuchung der Kinder bei Dispensationen.

Außerdem ist als wünschenswert zu bezeichnen, daß die Schulärzte hygienische Vorträge für Lehrer und Eltern halten und bei der Auswahl der Kinder für Ferien-, Milch-, Schwimm-Kolonien und dergl. mit tätig sind.

Ferner sind tunlichst alle Kinder nach dem IV. Schuljahr und vor Beendigung der Schulzeit schulärztlich zu untersuchen.

Die Schulärzte haben in steter Fühlung mit den Bezirksärzten zu bleiben. Ihre Jahresberichte sind den Bezirksärzten vorzulegen.

Bezirksarzt Dr. Holz-Leipzig: Es sind nun zwei Jahre her, seit ich in unserem Verein über die Wünsche sprach, die m. E. von unserer Seite, vom Standpunkte der Medizinalbeamten zum neuen Schulgesetz zu äußern seien. Meine damaligen Wünsche sind in dem vom Herrn Vorsitzenden erstatteten Bericht über die Versammlung vom 15. Juni v. J. mit abgedruckt worden, so daß ich annehmen darf, daß sie Ihnen allen, auch denen, die in der damaligen Versammlung noch nicht anwesend waren, hinlänglich bekannt sind.

Für mich bleibt jetzt noch als Hauptforderung bestehen, daß im neuen Schulgesetze die Ausgestaltung der staatlichen Schulgesundheitspflege, eine Forderung der Zeit, die ihr gebührende Berücksichtigung finden möge.

Im bisherigen Schulgesetze vom 26. April 1873 ist über die Gesundheitspflege der schulpflichtigen Jugend noch nicht viel enthalten. Nach § 1 dieses Gesetzes hat die Volksschule nun die Aufgabe, der Jugend durch Unterricht, Uebung und Erziehung die Grundlagen sittlich-religiöser Bildung und die für das bürgerliche Leben allgemeinen Kenntnisse und Fertigkeiten zu gewähren. Es sind dann in den §§ 4 u. 5 noch einige, eigentlich selbstverständliche Bestimmungen über kranke, bez. kränkliche Kinder und deren Ausschluß vom Schulbesuch enthalten, und nur der § 11 beschäftigt sich mit der Hygiene des Schulhauses, das nach Lage, Einrichtung und Ausstattung den Bedürfnissen des Unterrichtes und nach dem Gutachten des Bezirksarztes der Gesundheit entsprechen soll. Hier ist auch bestimmt, daß auf jedes Schulkind ein Klassenraum von mindenstens 2,5 cbm zu rechnen ist. In § 12 ist gesagt, daß die Schülerzahl einer Klasse 60 nicht übersteigen darf.

Das Hauptgebiet schulärztlicher Tätigkeit, die Beschäftigung mit dem Gesundheitszustande der einzelnen Kinder, fehlt in dem heute noch giltigen Schulgesetze vollkommen. Wenn man daher jetzt an die Aenderung dieses Gesetzes herangeht, so können und dürfen m. E. die Erfahrungen der letzten drei Jahrzehnte über die Notwendigkeit der Gesundheit der einzelnen Schulkinder mehr Aufmerksamkeit zu widmen, nicht unberücksichtigt bleiben. Die Gesundheit ist das kostbarste Gut des einzelnen Menschen, von ihr hängt seine wirtschaftliche Existenz und Leistungsfähigkeit in der großen Mehrzahl der Fälle im hohen Grade ab und wie dies für den einzelnen Staatsbürger gilt, so auch für den die Gesamtheit der Staatsbürger umfassenden Staat, das Volk. Dasjenige Volk wird am leistungsfähigsten, am wehrfähigsten, das in der Kultur am höchsten stehende sein, das geistig und körperlich das gesundeste ist. Deshalb, meine ich, muß der Staat alles tun, um die Gesundheit des Volkes nach Kräften zu heben; hier heißt es, bei der Jugend anfangen.

Was man mit einer streng geregelten Gesundheitspflege erreichen kann, dafür gibt uns das beste Beispiel unser Heer, dessen Gesundheitszustand, von dem ja in nicht geringem Maße seine Schlagfertigkeit abhängt, jetzt im Gegensatz zu früheren Zeiten ein ganz vorzüglicher ist, seitdem man keine Kosten gescheut hat, um eine bis ins einzelne geregelte Gesundheitspflege durchzuführen.

Unser Heerwesen und unser Schulwesen ähneln sich nun darin, daß sie beide auf Gesetzen beruhen, die einesteils die Heeresdienstpflicht für jeden männlichen Staatsbürger, anderenteils die Schulpflicht für alle Kinder verlangen. Beim Heere erfolgt eine genaue Prüfung der gesundheitlichen Verhältnisse der Mannschaften durch Aerzte beim Eintritt und während der Dienstzeit; es wird alles getan, um die Gesundheit der Leute nach Möglichkeit zu erhalten. Treten Krankheiten auf, dann wird, da die Leute von ihrer Familie losgelöst sind und durch ihr Zusammenleben in Kasernen gewissermaßen eine neue große Familie bilden, von Staatswegen für ärztliche Behandlung gesorgt. Von der Schule geschieht dagegen bisher nichts ähnliches. Und doch hat die Schule schließlich deshalb Interesse daran, die Gesundheitsverhältnisse ihrer Zöglinge zu kennen und alles zu verhüten, was beim Schulbetrieb die Gesundheit der Kinder ungünstig beeinflussen könnte.

Eine ärztliche Behandlung freilich kann nicht Sache der Schule sein, da die Kinder in ihren Familien verbleiben, deren Pflicht es sein muß, in Erkrankungsfällen für ärztliche Hilfe zu sorgen und deren Recht es bleiben muß, den Arzt ihres Vertrauens hierbei zuziehen zu dürfen.

Das Interesse, das die Schule an der Gesundheit der Kinder nehmen muß, wird dadurch begründet, daß einmal gesunde Kinder zweifellos viel leichter zu unterrichten sind als kranke, daß also auch der Lehrer wissen muß, welche der ihm anvertrauten Kinder aus Gesundheitsrücksichten der Schonung und der Berücksichtigung bedürfen, daß zweitens von kranken Kindern aus Uebertragungen der Krankheitskeime auf gesunde erfolgen können, und daß drittens an sich gesunde Kinder durch den Unterricht in ihrer Gesundheit geschädigt werden können. Die letzten beiden Punkte muß die Schule unbedingt zu vermeiden suchen, wie sie ebenso versuchen muß, sich die Kenntnis des Gesundheitszustandes der Kinder überhaupt zu verschaffen. Das kann sie aber nur bei sachverständiger ärztlicher Beratung, die sie durch die Anstellung von Schulärzten erhalten kann.

Für den Staat würde hierdurch erreicht werden, daß die Schule nicht nur die Grundlagen sittlich-religiöser Bildung und die für das bürgerliche Leben nötigen allgemeinen Kenntnisse und Fertigkeiten gewährt, sondern diesen beiden Aufgaben noch die Erstarkung der Gesundheit der heranwachsenden Generation hinzugefügt, was eine Hebung des Gesundheitszustandes des ganzes Volkes und damit eine Hebung seines Wohlstandes, seiner Leistungsfähigkeit und seiner Kultur zur Folge haben muß.

Ich würde es daher begrüßen, wenn in den Paragraphen des neuen Gesetzes, der die Aufgaben der Volksschule behandelt, es ausgesprochen würde, daß zu den Aufgaben der Volksschule auch die weiteste Berücksichtigung der Gesundheitspflege gehört.

In der Ansprache, die Se. Exzellenz der Herr Kultusminister Dr. Beck vor einigen Tagen bei der Eröffnung der Hauptversammlung des Deutschen

Vereins für Schulgesundheitspflege gehalten hat, hat er betont, „daß jede Schulreform ohne sorgfältige Berücksichtigung der Schulgesundheitspflege von vornherein den Stempel der Unvollkommenheit an sich tragen und ohne den erhofften Segen bleiben würde.“ Dieser Ausspruch, der ein hocherfreulicher Beweis dafür ist, daß an den leitenden Regierungsstellen volles Verständnis für diese mit Rücksicht auf die Zukunft unseres Volkes so außerordentlich wichtige Frage herrsche, darf uns eine Gewähr dafür sein, daß im neuen Schulgesetze die Gesundheitspflege als eine der Aufgaben der Volksschule mit bezeichnet werden wird, daß also die erste von mir aufgestellte Forderung in Erfüllung gehen wird.

M. H.! Eine Gesundheitspflege ist nun aber undenkbar ohne Heranziehung der Aerzte, ebenso wie eine Rechtspflege oder eine Staatsverwaltung ohne im Recht ausgebildete Männer, eine Schule ohne Lehrer, ein Heer ohne vorgebildete Offiziere nicht gedacht ist. Wenn also die Gesundheitspflege die ihr gebührende Berücksichtigung erhalten soll, so müssen unbedingt Schulärzte angestellt werden, und diese Forderung muß im Schulgesetz mit zum Ausdruck kommen. Ich halte es daher für notwendig, daß in das Schulgesetz ein Abschnitt folgenden Inhaltes aufgenommen wird:

Für sämtliche Volksschulen, einschließlich der Lehrer- und Lehrerinnenbildungsanstalten, der Seminarübungsschulen und der mit Landesanstalten verbundenen Volksschulen sind Schulärzte anzustellen.

M. H.! Diese Forderung läßt sich leicht aussprechen. Wie soll sich aber ihre Durchführung in der Wirklichkeit gestalten? Vermutlich wird zunächst die Kostenfrage Bedenken gegen ihre Durchführbarkeit erwecken. Ich glaube jedoch, daß die Kostenfrage nicht unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten wird. Bevor ich aber auf diese Frage, die vermutlich auch gesetzlich geregelt werden muß, näher eingehe, möchte ich erst weiter auseinandersetzen, wie ich mir die Tätigkeit der durch Gesetz eingeführten Schulärzte vorstelle: Nach meinen persönlichen Erfahrungen und nach dem, was in der Literatur über die Tätigkeit der Schulärzte niedergelegt ist, halte ich eine dreimalige Untersuchung jedes Schulkindes während seiner Schulzeit für unbedingt nötig. Jedes Kind ist kurz nach seinem Eintritt in die Volksschule ärztlich zu untersuchen, damit festgestellt wird, wie sein Gesundheitszustand ist. Da während der Schulzeit, namentlich in den ersten 4 Jahren, noch zahlreiche Kinder erkranken und sich dabei ihr Gesundheitszustand wesentlich ändern kann, ist die Untersuchung zu Beginn des 5. Schuljahres zu wiederholen und, um festzustellen, wie der Gesundheitszustand am Schlusse der Schulzeit ist, ist noch kurz vor der Entlassung abermals eine Untersuchung vorzunehmen; bei dieser letzten Untersuchung wird den Kindern gegebenenfalls bezüglich der Berufswahl ärztlicher Rat zu erteilen sein.

Das Ergebnis jeder Untersuchung ist in einem das Kind durch seine Schulzeit begleitenden Gesundheitsbogen zu vermerken. Kränklich befundene Kinder sind in schulärztliche Ueberwachung zu nehmen.

Diese Untersuchungen halte ich für das mindeste, was man von einer wirklich nutzbringenden schulärztlichen Tätigkeit verlangen muß. Dieses Mindestmaß müßte der Staat gesetzlich vorschreiben; wollen einzelne Gemeinden, insbesondere die großen Städte, darüber hinausgehen, so kann ihnen dies unverwehrt bleiben.

Durch diese Untersuchungen würde zunächst die einzelne Schule Kenntnis von dem Gesundheitszustande ihrer Kinder erhalten. Es ist aber auch notwendig, daß sich der Staat ebenfalls über den im Volke herrschenden Gesundheitszustand, so viel wie er das nur irgend kann, unterrichtet. Zu diesem Behuf halte ich es für erforderlich, daß das Ergebnis der Untersuchungen von den Schulärzten nach einheitlichen Gesichtspunkten statistisch zusammengestellt und jährlich an eine Aufsichtsstelle eingereicht wird. Diese Aufsichtsstelle kann in der unteren Instanz nur der Bezirksarzt sein, der nach § 1 seiner Dienstinstruktion dazu berufen ist, den öffentlichen Gesundheitszustand und die auf die öffentliche Gesundheitspflege abzweckenden Maßregeln zu überwachen. Hiernach würde als weitere Forderung für die Tätigkeit des Schularztes den bereits erwähnten Punkten noch anzufügen sein:

Der Schularzt hat am Schlusse des Schuljahres über das Ergebnis seiner Untersuchungen und über seine übrige Tätigkeit einen schriftlichen Bericht an den Schulvorstand oder an die Bezirksschulinspektion zu erstatten, der binnen einer gemessenen Frist an den Bezirksarzt weiterzugeben ist.

Der Bezirksarzt würde dann das Ergebnis der Untersuchungen sämtlicher Schulärzte seines Bezirkes zusammenzustellen und entweder durch die Bezirksschulinspektoren oder unmittelbar an die höhere Instanz, sei es nun das Ministerium des Innern oder das Kultusministerium oder auch das Landesmedizinalkollegium bez. das Landesgesundheitsamt, dessen Gründung, wie ich einer Zeitungsnotiz entnehme, in Aussicht genommen ist, weiter zu geben haben, wo dann die Statistik für das ganze Land zu bearbeiten sein würde.

Auf diesem Wege würde die Regierung ein genaues Bild von dem Gesundheitszustande der gesamten Schuljugend des Landes erhalten. Daß an der Hand dieses Bildes weiter gearbeitet werden kann an der Gesundung des Volkes, steht außer Frage.

Nachdem ich hiermit die Notwendigkeit der Anstellung von Schulärzten in aller Kürze erörtert habe, möchte ich mich nunmehr der Frage zuwenden, ob sich die obligatorische Anstellung von Schulärzten auch durchführen läßt. Diese Frage möchte ich unbedingt mit „Ja" beantworten.

In einem deutschen Bundesstaat ist die Frage bereits gelöst worden, in Sachsen-Meiningen, wo nunmehr schon 10 Jahre lang an sämtlichen Schulen des Landes Schulärzte wirken. Ein anderer Bundesstaat ist drauf und dran, ebenfalls die Schularztfrage zu regeln und zwar ist dies Württemberg, wo dem Landtage der Entwurf eines Gesetzes über die Dienstverhältnisse der Oberamtsärzte vorliegt. Im Artikel 3 dieses Entwurfes, der in der Deutschen medizinischen Wochenschrift vom 23. Februar 1911 abgedruckt ist, heißt es, „daß der Oberamtsarzt innerhalb seines Amtsbezirkes zugleich Gerichts-, Impf- und Schularzt ist, sofern für diese Geschäftszweige nicht andere Aerzte staatlich bestellt oder zugelassen sind." In Artikel 5 ist die Tätigkeit des Schularztes näher bezeichnet; sie soll sich erstrecken auf „die den Oberschulbehörden unterstellten öffentlichen Schulen, sowie auf alle Privatschulen, ferner auf die Kleinkinderschulen, Kindergärten und Kinderhorte." Es heißt weiter: „Dem Schularzt liegt insbesondere ob:

1. Die Untersuchung des Zustandes des ganzen Schulgebäudes und der den Zwecken der Schule dienenden weiteren Gebäude, sowie ihrer Einrichtungen und Geräte, ferner die Ueberwachung der Benutzung dieser Gebäude und Einrichtungen in gesundheitlicher Beziehung.

2. Die Fürsorge für die Wohnung der gesundheitlichen Anforderungen beim Unterricht.

3. Die Feststellung und die Verhütung der Verbreitung von Krankheiten und Gebrechen bei Schülern und Schülerinnen und die zu diesem Zwecke erforderlichen körperlichen Untersuchungen derselben."

In der Begründung des Entwurfes wird ausgeführt: „Des Schularztes wichtigste Aufgabe werde es sein, allgemeine Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschädigungen bei der heranwachsenden Jugend, wie solche durch unzweckmäßige und ungenügende Ernährung, ungesundes Wohnen, körperliche und geistige Anstrengung, ungenügende Bewegung oder zu kurzer Aufenthalt in frischer Luft, Alkoholgenuß etc. hervorgerufen werde, möglichst frühzeitig zu entdecken und Abhilfe vorzuschlagen. Durch die Ausübung der Schularzttätigkeit erhalte der Oberamtsarzt den besten Einblick in die gesundheitlichen Verhältnisse seines Amtsbezirkes. Ein ersprießliches Wirken des Schularztes sei nur möglich bei großem Material und bei großer Uebung und dürfe deshalb die schulärztliche Tätigkeit nicht verzettelt werden." — Es sind dies Sätze, die mir aus der Seele gesprochen sind. — „Die Tätigkeit des Schularztes solle sich außerdem erstrecken auf alle höheren Knaben- und Mädchenschulen, Volksschulen, Mittelschulen, Fortbildungsschulen, Privatschulen, Kleinkinderschulen, Kindergärten und Kinderhorte, und zwar auf alle Schüler. Schüler, die von ihrem Hausarzt untersucht, einen von diesem ausgefüllten Gesundheitsbogen dem Schularzte rechtzeitig vorlegen, werden von letzterem nur besichtigt, nicht untersucht. Auch alle wegen eines Gebrechens nicht schulfähigen Kinder seien jedes Jahr dem Schularzt vorzustellen."

Der Begründung des Gesetzentwurfes ist der Entwurf einer „Dienstanweisung für den Schularzt" angefügt, ebenso ein Muster des „Gesundheitsbogens", der über jedes Kind zu führen ist und in dem dreimal während der Schulzeit der Untersuchungsbefund eingetragen werden soll. Der Entwurf der Dienstanweisung ist mir leider nicht bekannt geworden. In dem Gesetz selbst und in seiner Begründung ist aber so ziemlich alles das enthalten, was auch wir als Bezirksärzte bezüglich der Schulgesundheitspflege verlangen müssen.

Für unsere sächsischen Verhältnisse nicht durchführbar ist vielleicht die Bestimmung, daß der Oberamtsarzt der Schularzt seines Bezirkes sein soll, da unsere Bezirke durchschnittlich viel zu groß und arbeitsreich sind, als daß wir selbst uns noch den schulärztlichen Untersuchungen in nennenswertem Umfange widmen könnten. Aber der Oberschularzt, der aufsichtsführende Schularzt müßte der Bezirksarzt bleiben.

Werden bei uns obligatorisch Schulärzte angestellt, so kann diese Anstellung m. E. nur durch den Staat oder mit Zustimmung des Staates erfolgen; nicht jeder Arzt eignet sich zum Schularzt, sehr viele Aerzte, namentlich in kleinen Städten und auf dem Lande, sind durch große Praxis so in Anspruch genommen, daß sie nicht noch das Amt eines Schularztes, dem sie doch immerhin einige zusammenhängende Stunden ohne Störung widmen müßten, übernehmen können. Stellt der Staat nicht gleich Schulärzte im Hauptamt an, worauf ich noch zu sprechen komme, so müßte folgendes festgesetzt werden:

Die Anstellung erfolgt auf Vorschlag und mit Zustimmung des Bezirksarztes durch die Bezirkschulinspektion.

Wird nun den Schulgemeinden die Anstellung von Schulärzten aufgezwungen und die Anstellung selbst durch die Bezirksschulinspektion vorgenommen, so erscheint es mir auch recht und billig, daß die Kosten der ganzen Einrichtung durch den Staat getragen werden. Nicht die Schulgemeinde allein, sondern auch der Staat selbst zieht Nutzen aus der Einrichtung. Er kann ja die Schulgemeinde nach Maßgabe ihrer Größe und Leistungsfähigkeit zu den Kosten heranziehen; in Württemberg will man diesen Weg beschreiten.

Was nun die Kosten selbst anlangt, die die Einführung von Schulärzten verursachen würde, so dürfte unter Zugrundelegung der erwähnten Mindestanforderungen, die an die schulärztliche Tätigkeit zu stellen sind, eine Entlohnung von 1 Mark für die Untersuchung eines Kindes für ausreichend anzusehen sein. Es würden dann in meinem Bezirke, in dem zu Anfang des letzten Winterhalbjahres ca. 27500 Kinder die Volksschulen besuchten, etwa 11500 Mark für schulärztliche Untersuchungen zu bezahlen gewesen sein; das würde auf den Kopf der Bevölkerung etwa 7,6 Pfg. ausmachen. Für das ganze Land berechnet, würden demnach ca. 354500 Mark für die schulärztlichen Untersuchungen aufzubringen sein. Wenn zu diesen Kosten die Gemeinden etwa die Hälfte beizutragen haben, so bleiben für den Staat etwa 175000 Mark übrig, die er auf die Neueinrichtung verwenden müßte. Ob das Königreich Sachsen in der Lage ist, diese Summen für diesen Zweck aufzubringen, das zu beurteilen muß ich denjenigen überlassen, die sich mit den Finanzen des Staates zu beschäftigen haben, möchte aber nochmals betonen, daß Ausgaben, die im wohlerwogenen Interesse gemacht werden, niemals weggeworfen sind und stets reichlich Zinsen tragen werden.

Nimmt der Staat die Anstellung von Schulärzten in die Hand, so könnte es zweckmäßig erscheinen, gleich solche im Hauptamt anzustellen. Es dürfte dies manches für sich haben, da die praktischen Aerzte nicht immer stundenlang von ihrer Praxis abkömmlich sind, die Untersuchungen aber mehrere Stunden hintereinander in Anspruch nehmen. Häufig werden durch Abberufung des Arztes Störungen eintreten; Kinder, Lehrer und Eltern müssen warten, was der Beliebtheit der Untersuchungen nicht gerade sehr dienlich sein würde. Oder der Arzt hat ansteckende Kinder zu behandeln und wird hierdurch verhindert, sich in einen großen Kreis von Schulkindern zu begeben. Es dürfte daher zu erwägen sein, ob man die schulärztlichen nicht mit dem bezirksärztlichen Amte verbinden könnte, dergestalt, daß dem Bezirksarzte so nach der Größe des Bezirkes ein oder mehrere Assistenzärzte beigegeben

werden, denen die schulärztlichen Untersuchungen übertragen werden. Wir würden hierdurch uns auch dem erstrebenswerten Ziele eines Bezirksgesundheitsamtes, an dessen Spitze der Bezirksarzt steht, nähern. Unsere Tätigkeit ist jetzt schon so umfangreich, daß einer allein sie wohl noch bewältigen kann, jedenfalls aber manchen Gebieten sich nicht so widmen kann, wie es im Interesse der Sache notwendig wäre. Ich darf hierbei wohl nur an die Gewerbehygiene erinnern. Es ist ja auch schon von anderer Seite die Forderung aufgestellt worden, besondere Gewerbeärzte anzustellen. Ich würde dies nicht für richtig halten und möchte es als den besseren Weg bezeichnen, auch zu diesem Zwecke den bisherigen Bezirksärzten Hilfsärzte beizugeben.

Doch das nur nebenbei. Die Bemerkung sollte Ihnen nur zeigen, daß für unser Amt die Anstellung von Schulärzten manches neue bringen kann und daß sich Ausblicke eröffnen auf die Erreichung des von vielen angestrebten Zieles eines Bezirksgesundheitsamtes.

Wenn nun auch die Regierung nicht auf die Anstellung von Schulärzten im Vollamte oder als Hilfsärzte der Bezirksärzte zukommen sollte, so muß doch eine staatliche Aufsicht der anzustellenden praktischen Aerzte in ihrer Tätigkeit als Schulärzte eingeführt werden. Mit menschlichen Fehlern und Schwächen muß man rechnen; auch die Aerzte sind Menschen. Diese Aufsicht möchte dem Bezirksarzt übertragen werden; um sie auszuüben müßte ihm auch die Berechtigung zugesprochen werden, den Untersuchungen beizuwohnen event. auch die sämtlichen Schulärzte zu gemeinsamen Besprechungen zusammenzurufen. Es empfiehlt sich, dies im Gesetz auszusprechen, etwa durch folgenden Satz:

Dem Bezirksarzt liegt die Aufsicht über die Tätigkeit der sämtlichen Schulärzte seines Bezirkes ob.

M. H.! Wenn Schulärzte an sämtlichen Schulen des Landes angestellt werden, so ist es natürlich selbstverständlich, daß auch eine einheitliche Dienstanweisung für die Schulärzte erlassen wird. Diese müßte die bereits erwähnten Forderungen hinsichtlich der Zahl der Untersuchungen, der Ueberwachung kränklicher Kinder, der Ausstellung der Gesundheitsbogen nach einheitlichem Muster und der Berichterstattung enthalten.

Hinzuzufügen ist diesen Forderungen noch, was auf besonderen Wunsch einzelner Schulgemeinden und dann auf deren Kosten vom Schularzt verlangt werden kann. Z. B. müßte der Schularzt zu Vorträgen auf Lehrerkonferenzen und Elternabenden über Fragen der Schulgesundheitspflege, zur ersten Hilfeleistung bei Unglücksfällen im Schulhause, zu Besuchen bei Kindern, die wegen Krankheit die Schule versäumen, ohne daß ein ärztliches Zeugnis über ihre Krankheit beigebracht wird, wenn es gilt, ansteckende Krankheiten festzustellen, zur Auswahl solcher Kinder, die an Ferienerfrischungen teilnehmen sollen, herangezogen werden können.

Dies wären meine Wünsche bezüglich der gesetzlichen Einführung schulärztlicher Tätigkeit.

Eine weitere Ausgestaltung der staatlichen Schulgesundheitspflege erblicke ich ferner darin, daß man Versäumnissen wegen Krankheit und den zu den Versäumnissen Anlaß gebenden Krankheiten mehr Aufmerksamkeit schenken möchte.[1]) Wie Sie wissen, werden jetzt schon in den Schulen Versäumnistabellen nach der Verordnung vom 25. August 1874 geführt; auf Grund dieser Tabellen würde sich sehr wohl ein Einblick in die Gesundheitsverhältnisse der Schuljugend erlangen lassen, der ebenso interessant und lehrreich sein dürfte, wie das Ergebnis der regelmäßigen Schulkinderuntersuchungen. Hierzu bedarf es nur einer regelmäßigen Zusammenstellung der Versäumnisse nach Krankheitsursachen, Zahl und Dauer der Versäumnisse an der Hand der Tabellen durch den Schulleiter, etwa am Schluße jedes Vierteljahres, und Einreichung dieser Listen an den Bezirksarzt. Um einmal zu sehen, was dabei herauskommt, habe ich mich mit der Bezirksschulinspektion meines Bezirkes in Verbindung gesetzt und bei dieser das größte Entgegenkommen gefunden. Auch die Direktoren der größeren Schulen, die um ihre Ansicht bezüglich der Durchführbarkeit meines Wunsches gefragt

[1]) Hier liegt noch reiches Material zur Kenntnis der gesundheitlichen Verhältnisse der Schuljugend begraben, das sich der Staat nutzbar machen sollte.

worden sind, haben sich nicht ablehnend verhalten. Es soll nun in diesem Jahre der Versuch mit der Berichterstattung gemacht werden. Daß die Durcharbeitung und Verwertung der eingehenden Berichte für mich gewiß eine recht beträchtliche Arbeitsvermehrung bedeutet, darüber bin ich mir vollkommen klar, hoffe aber doch, manche Kenntnis nicht bloß über aufgetretene Krankheiten, sondern auch über das Maß der Schädigung, die sie hervorgerufen haben, auf diesem Wege zu erhalten.

M. H.! Die Kommission hat sich gegenüber diesem Antrage allerdings ablehnend verhalten wegen der Arbeitslast, die uns daraus entstehen könnte. Es ist auch vielleicht nicht nötig, daß dieser Punkt im Gesetz Aufnahme findet; diese Berichterstattung würde auch später auf dem Wege der Verordnung eingeführt werden können. Ich wollte aber doch die Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, auf die Möglichkeit, uns eine weitgehende Kenntnis von den Krankheitsvorgängen unter der Schuljugend zu verschaffen, hinzuweisen. Vielleicht kann ich Ihnen im nächsten Jahre über das Ergebnis meiner diesjährigen Nachforschungen berichten.

Nun nur noch ein paar kurze Bemerkungen über die eingangs erwähnten Paragraphen des alten Schulgesetzes, §§ 11 und 12. § 11 könnte im ersten Absatze bleiben wie bisher; nur würde ich sagen statt „der Gesundheit“ „den Anforderungen der Schulgesundheitspflege entspricht“. Der Satz über das Mindestmaß von 2,5 cbm möchte jedoch gestrichen werden als nicht mehr zeitgemäß. Ueber die Raumverhältnisse könnte das Nötige in der Ausführungsverordnung gesagt werden.

Der § 12 bedarf einer Aenderung, die wohl auch schon aus den Kreisen der Lehrerschaft beantragt worden ist. 60 Kinder in einer Klasse sind viel zu viel. Bei einer so großen Zahl von Kindern vermag der Lehrer nicht mehr das einzelne Kind zu beobachten und zu berücksichtigen und es muß darunter die Gesundheitspflege leiden.

Wenn ich zum Schlusse meine Wünsche, die ich Ihnen eben vorgetragen habe, noch einmal kurz zusammenfassen darf, so gehen sie dahin, daß in das neue Schulgesetz aufgenommen werden möchte:

1. Unter den Aufgaben der Volksschule die Berücksichtigung der Gesundheitspflege.

2. Die Anstellung von Schulärzten an sämtlichen Volksschulen, einschließlich der Lehrer- und Lehrerinnenbildungsanstalten, der Seminarübungsschulen und der mit Landesanstalten verbundenen Volksschulen und Erlaß einer gemeinsamen Dienstanweisung für diese Schulärzte.

3. Anstellung der Schulärzte auf Vorschlag und mit Zustimmung des Bezirksarztes durch die Bezirksschulinspektion.

4. Uebernahme der Kosten ganz oder teilweise auf den Staat.

5. Uebertragung der Aufsicht über die Tätigkeit der sämtlichen Schulärzte seines Bezirkes auf den Bezirksarzt.

6. Der bisherige § 11 unter Streichung des Absatzes über das Mindestmaß an Raum.

In die Dienstanweisung für die Schulärzte, die auf dem Verordnungswege zu erlassen sein wird, möchte ich aufgenommen sehen:

Untersuchung der Kinder des 1., 5. und letzten Schuljahres.

Ueberwachung kränklich befundener Kinder.

Ausstellung von Gesundheitsbogen.

Bericht an den Bezirksarzt unter Beifügung einer statistischen Zusammenstellung des Untersuchungsergebnisses.

M. H.! Ich verhehle mir nicht, daß, wenn meine Vorschläge in dem Gesetze Berücksichtigung finden, unsere jetzt schon nicht geringe Arbeitslast beträchtlich vermehrt werden wird. Allein diese Aussicht kann und darf uns nicht hindern, für Forderungen einzutreten, die im Interesse der Gesundheit unseres Volkes sind. Können wir später die Arbeit allein nicht mehr leisten, so wird die Regierung schon Mittel und Wege finden, um uns zu entlasten.

Auf eine Möglichkeit erlaubte ich mir schon hinzuweisen, nämlich die Anstellung von Hilfsärzten. Ich bitte Sie, meinen Anträgen ihre Zustimmung nicht zu versagen, sie zum Vereinsbeschluß zu erheben und dem Kgl. Ministerium zur Kenntnisnahme zu unterbreiten.

Vorsitzender: Ehe ich die Diskussion eröffne, habe ich zu bemerken, daß die Wünsche des Herrn Dr. Holz unter D. auf der letzten Seite der Vorschläge enthalten sind. Ich habe den Auftrag, sie in dieser Form zur Abstimmung zu bringen. Die Vorschläge sind dem Sinne nach genau die von ihm vorgetragenen, nur der Wortlaut etwas geändert.

Wir kommen nun zunächst zur Diskussion über die Vorschläge unter D. über die Schulärzte.

Nach Abs. 1 soll die Anstellung und Entlassung der Schulärzte durch die Bezirksschulinspektion aber nur im Einvernehmen mit dem Bezirksarzt erfolgen; weil der Bezirksarzt allein nur die erforderliche Kenntnis von der Fähigkeit des betreffenden Arztes hat.

Dr. Tietze: Könnte man nicht lieber sagen „auf Vorschlag des Bezirksarztes".

Vorsitzender: Soll das als Antrag gestellt werden?

Dr. Tietze: Jawohl.

Vorsitzender: Ich bin gegen diesen Antrag; „Vorschläge" darf man keiner Gemeinde machen. Meiner Ansicht nach ist die Fassung „im Einvernehmen" viel besser.

Dr. Rechholtz: Ich bin auch der Ansicht des Herrn Vorsitzenden. Bei Streitigkeiten heißt es nachher immer: „Sie haben uns da einen schönen Mann empfohlen."

Dr. Stahl: M. H.! Daß das Gebiet der Schulgesundheitspflege in der jetzigen Zeit von ungeheurer Bedeutung ist, wird niemand mehr bestreiten, wenn man sich überlegt, daß der Mensch im ersten Drittel seines Lebens eigentlich in drei Etappen der besonderen gesundheitlichen Ueberwachung bedarf: in der Säuglings-, der Schul- und Militärzeit. Von der Militärzeit möchte ich allerdings gleich einfügen, daß ich diese gewissermaßen als abgeschlossene Gesundheitspflege betrachte, während die ersten beiden Etappen noch in der Entwickelung begriffen sind. So ist ohne weiteres klar, daß namentlich in einer Zeit, wo die Familienhygiene mehr oder minder gegen früher an Bedeutung verloren hat, auf die Schulgesundheitspflege als das eine der beiden Glieder ganz besonders Gewicht, sowohl in theoretischer, als in praktischer Beziehung gelegt werden muß.

Die schulärztliche Tätigkeit hat sich eigentlich, wenn man die Sache historisch verfolgt, infolge der Vernachlässigung bezw. des Fehlens der individuellen Hygiene entwickelt. Die Familienhygiene war eben ganz speziell durch den im Laufe der Zeit fast ganz verloren gegangenen Hausarzt gepflegt worden. Dieser Hausarzt verdankt seine Tätigkeit ausschließlich der Autorität, die ihm das Vertrauen der Familie entgegenbrachte. Nachdem der Hausarzt bei der Zunahme der Bevölkerung und der Umwandlung der Erwerbsverhältnisse im öffentlichen Leben nach und nach verloren gegangen war, traten natürlicherweise Schäden in gesundheitlicher Beziehung nach und nach auf. Die Folge davon war, die Hilfe im Großen zu organisieren. Daraus entstanden zunächst in den Großstädten die ersten Schulärzte. Ich will gleich vorausschicken, daß ich im allgemeinen mit den Sätzen unter D einverstanden bin, daß ich aber aus den Ausführungen des Herrn Kollegen Holz nicht eine volle Uebereinstimmung zwischen den Sätzen 1 D usw. und seinen Ausführungen gefunden habe. Wenn der Schularzt innerhalb seiner Tätigkeit in Zukunft wirklich mit Erfolg wirken will, so ist es meiner Ansicht nach unbedingt nötig, daß er auch die äußere Stellung erhält, die für ein Wirken in dieser Allgemeinheit erforderlich ist. In dieser Hinsicht sind aber die Verhältnisse jetzt so außerordentlich verschieden, daß wir jedenfalls für die Zukunft eine einheitliche Regelung brauchen. Gegen eins muß ich mich allerdings wenden, nämlich, daß der Bezirksarzt zugleich Schularzt sein soll. Ich bin der Ansicht, daß der Bezirksarzt so gestellt sein müßte, daß er keine Nebenämter braucht. Wie sich die bezirkärztliche Tätigkeit bei uns in Sachsen entwickelt hat, ist es kaum mehr möglich, nebenbei noch schulärzliche Tätigkeit auf sich zu nehmen. Außerdem

führt der Bezirksarzt schon jetzt auf Grund seiner Instruktionen die Aufsicht über die Schulärzte. Aufsichtführender und Beaufsichtiger in einer Person hat aber immer gewisse Bedenken. Deshalb möchte ich noch ganz besonders betonen, daß der Bezirksarzt in Zukunft ebenfalls die Aufsichtführung, wie bisher, beibehält, aber ohne daß er allzusehr aktiv in die Tätigkeit der Schulärzte eingreift. Ich kann es offengestanden mir nicht vorstellen, wie man etwa dem württembergischen Prinzip folgen wollte, wonach die Bezirksärzte die schulärztliche Tätigkeit in ihrem ganzen Bezirk auszuführen hätten. Das würde bei uns aus äußeren Gründen ganz unmöglich sein.

Dr. v. Muecke: Ich bin dem Herrn Kollegen Holz sehr dankbar für die Anregungen, die er uns gegeben hat, möchte aber nicht glauben, daß die Durchführung der Einrichtung von Schulärzten auf so sehr erhebliche Schwierigkeiten stoßen wird. Wir haben z. B. in meinem Bezirk diese bereits durchgeführt; seit Ostern sind die Schulärzte ernannt worden; es sind ihnen Dienstanweisungen in die Hand gegeben, die im allgemeinen mit dem übereinstimmen, was Herr Kollege Holz uns vorgeschlagen hat. Vielleicht darf ich die Instruktion vorlesen:

Dienstanweisung

für den Schularzt in . . . .

§ 1. Der Schularzt wird vom Schulvorstande unter Zustimmung der Königlichen Bezirksschulinspektion Zittau angestellt. Die Anstellung erfolgt auf unbestimmte Zeit bei gegenseitiger 1/4 jähriger Kündigung und gegen eine zu vereinbarende Entschädigung.

§ 2. Dem Schularzte wird die öffentliche Volksschule der . . . . Schulgemeinde . . . . zur ärztlichen Aufsicht zugewiesen, unbeschadet der Oberaufsicht des Königlichen Bezirksarztes; sie umfaßt die Hygiene des Schulgebäudes, der Schulkinder und des Unterrichts, in welchem der Schularzt auch ohne Anmeldung zu erscheinen berechtigt ist.

§ 3. Die ärztliche Aufsicht umfaßt die Verpflichtung:

a) die Gebäude und Einrichtungen der Schule in gesundheitlicher Beziehung zu untersuchen,
b) die Durchführung behördlich angeordneter gesundheitlicher Maßregeln zu überwachen, zu welchem Zwecke ihm diese in Abschrift behördlicherseits zugefertigt werden,
c) alle neu aufgenommenen Schulkinder innerhalb der ersten 6 Monate auf ihre körperliche und, soweit es angängig ist, auch auf ihre geistige Beschaffenheit zu untersuchen,
d) alle nach vollendeter Schulpflicht abgehenden Schüler innerhalb der Zeit von Michaelis bis Weihnachten zu untersuchen (Berufswahl),
e) auf Antrag des Schulleiters der Schulbehörde einzelne Schulkinder zu untersuchen, besonderes zur Feststellung von Krankheiten, Schwachsinn, körperlichen Gebrechen, unter der Voraussetzun der Befreiung vom Unterricht,
f) die Eintragung der Befunde bei der Untersuchung unter c. d. e. in die „Gesundheitscheine“ zu bewirken bezw. die Mitteilung an die Eltern zu vollziehen, sowie das „Hygienebuch“ in Gemeinschaft mit dem Schulleiter zu führen,
g) alle mit der Schule im Zusammenhange stehenden hygienischen Bestrebungen zu fördern und zu unterstützen.

§ 4. Der Schularzt ist verpflichtet, über seine Untersuchungen und Beobachtungen der Königlichen Bezirksschulinspektion alljährlich einmal am Schlusse des Schuljahres einen schriftlichen Bericht zu erstatten, sowie auch den Schulbehörden gegenüber auf Verlangen gutachtlich über Schulgesundheitsfragen sich zu äußern. Er ist berechtigt, Beschwerden und Vorschläge der Gemeinde den Schulbehörden und dem Schulleiter vorzubringen; ein Recht zu selbständiger Anweisung an den Schulleiter, Lehrer, Hausmann, Heizer oder Schulangestellten steht ihm bei Vorkommnissen geringerer Art zu.

Weitgehende Maßnahmen anzuordnen, ist er nur dann berechtigt, aber auch verpflichtet, wenn äußerste Gefahr im Verzug ist, die sofortiges Einschreiten bedingt.

In einem solchen Falle ernster Gefahr ist er verpflichtet, nach Mitteilung an den Schulvorstandsvorsitzenden, unverweilt dem Königlichen Be-

zirksarzte kurze Mitteilung zu machen (telephonisch oder telegraphisch), dem das Weitere zu überlassen ist.

Im allgemeinen sind prinzipielle Entschließungen der Königlichen Bezirksschulinspektion vorbehalten.

§ 5. Der Schularzt ist verpflichtet, ärztliche Zeugnisse unentgeltlich auszustellen, soweit die Schulordnung dies bestimmt.

§ 6. Der Schularzt hat über amtliche Eingänge eine Registrande zu führen.

§ 7. Der Schularzt hat für seine Vertretung zu sorgen und, falls seine Verhinderung länger als 2 Wochen (Schulferien ausgenommen) dauert, dem Schulvorstand den Vertreter zu benennen.

§ 8. Der Schulvorstand ist verpflichtet, den Schularzt als Sachverständigen mit beratender Stimme zu den Sitzungen zuzuziehen, in welchen es sich um Anordnung oder Regelung hygienischer Maßnahmen handelt.

Zittau, den 28. Februar 1911.

Kgl. Amtshauptmannschaft.

Anleitung für die Lehrer.

1. Für jede Schule ist ein Buch[1]) anzulegen, in das der „Gesundheitschein" für ein jedes Kind von dem Direktor oder dem leitenden Lehrer einzuheften ist.
2. Die Gesundheitscheine sind jahrgangweise und innerhalb des Jahrgangs dem Buchstaben nach zu ordnen.
3. In Spalte 7 dieses Gesundheitscheins hat der Lehrer bei der Anmeldung des Kindes diejenigen Krankheiten einzutragen, die das Kind nach Angabe der Erzieher bis dahin überstanden hat.
4. Die übrigen Spalten hat der Lehrer bei der Untersuchung der Schulkinder durch den Schularzt nach dessen Diktat auszufüllen.
5. Glaubt ein Klassenlehrer nach dem Aussehen und dem ganzen Verhalten eines Kindes auf ein körperliches oder geistiges Leiden schließen zu sollen, so hat er das Kind sofort dem Schulvorstande zu melden, damit dieser eine schulärztliche Untersuchung des Kindes veranlaßt.
6. Jede Erkrankung eines Kindes an einer der in der nachstehenden Uebersicht Anlage B aufgeführten Krankheiten hat der Klassenlehrer sofort dem Schulvorstande zu melden, damit dieser für Einleitung der ärztlichen Behandlung sorgt, falls dies nicht schon geschehen ist.
7. Jede Erkrankung eines Kindes an einer der in der Uebersicht (Punkt 6) genannten Krankheiten ist in Spalte 9 des Gesundheitscheines (Rückseite) zu vermerken.
8. Um dem Schularzte die Untersuchung der Kinder in bezug auf die Augen zu erleichtern, hat der Klassenlehrer mit den Kindern von Zeit zu Zeit Vorübungen nach den vom Schularzte, dem Direktor oder dem leitenden Lehrer gegebenen Erläuterungen vorzunehmen.
   Irgend wie bedenklich erscheinende Mängel, die dem Lehrer bei diesen Uebungen auffallen, hat er dem Schularzte anzuzeigen.
9. a) Bei dem Uebergange eines Kindes an eine andere Schule innerhalb der Amtshauptmannschaft Zittau hat der Direktor oder leitende Lehrer den Gesundheitschein dem Leiter der neuen Schule zu übersenden.
   b) Bei dem Uebergange eines Kindes an eine Schule außerhalb der Amtshauptmannschaft Zittau ist der Gesundheitschein des Kindes dem Leiter der neuen Schule nicht zu übersenden, auf Erfordern ist dem Leiter eine Abschrift des Gesundheitscheines zu übersenden.
10. Bei dem Weggange eines Kindes aus der Schule ist der Gesundheitschein bei der betr. Schule bis zum vollendeten 24. Lebensjahre sorgfältig aufzubewahren. Eine Ausnahme von dieser Vorschrift bildet nur Punkt 9a.
11. Für jede Schule ist vom Schulleiter ein Hygienebuch anzulegen und aufzubewahren.

---

[1]) Für die Anlegung des Buches wird ein „Schnellhefter" oder „Aktenordner" empfohlen, um die Gesundheitscheine nach Bedarf herausnehmen zu können. Für größere Schulen werden zweckmäßiger Weise mehrere Bände mit je höchstens 200 Scheinen anzulegen sein.

12. In dieses haben die Lehrer alle wahrgenommenen Mängel in bezug auf das Schulhaus und die dazu gehörige nächste Umgebung einzutragen.
13. Alle diese Beobachtungen hat der Direktor oder leitende Lehrer zu prüfen und wenn nötig ungesäumt dem Schulvorstande zur Abstellung der Mängel mitzuteilen.
14. Werden die Mängel nicht abgestellt, so hat der Leiter der Schule Mitteilung an den Schularzt zu geben, damit dieser die Beanstandungen nachprüfen und auf Abstellung dringen kann.
15. Dieses Buch ist dem Schularzte bei seiner Anwesenheit im Schulgebäude regelmäßig zur Kenntnisnahme vorzulegen.

Zittau, den 28. Februar 1911.

Kgl. Bezirksschulinspektion.

Dieser ganze Apparat ist ja verbesserungsfähig; es stellt auch nur den ersten Versuch dar. Zur Dienstanweisung ist noch eine Ausführungsverordnung erlassen, der als Anlage B eine Uebersicht über die verschiedenen Erkrankungen, die besonders zu beachten sind, sowie ein Fragebogen über die einfachen gesundheitlichen Verhältnisse in Schulhäusern und eine Anleitung für Lehrer beigegeben ist. Für seine Tätigkeit erhält der Schularzt eine Entschädigung von 1 Mark für das Kind; dieser Betrag wird vorderhand aus dem Bezirksvermögen gedeckt. Mehr zu geben ist augenblicklich der Bezirk nicht in der Lage; ob das später geändert wird, weiß man nicht; es sollen erst einmal weitere Erfahrungen gesammelt werden.

Dr. Thiersch: Ich bin in Leipzig selbst viele Jahre praktischer Schularzt gewesen und habe auch als Mitglied des Vorstandes der Deutschen Schulärzte vielfach Gelegenheit gehabt, persönliche Ansichten derjenigen Kollegen kennen zu lernen, die nicht in Großstädten ihr Amt ausgeübt haben. Bei dieser Gelegenheit haben wir natürlich immer und immer wieder die Hauptpunkte zu diskutieren gehabt, ob der betreffende Schularzt im Hauptamt oder Nebenamt zweckmäßiger sei, ob es sich empfiehlt, Dienstanweisungen vorzuschreiben, Kostenfrage usw. Ebenso wie früher sind wir besonders jetzt bei der letzten Versammlung des Vereins für Schulgesundheitspflege, die hier stattgefunden hat, zu dem Resultat gekommen, daß es für die schulärztliche Institution, die trotz ihrer weiten Verbreitung doch immerhin eine junge Einrichtung ist, nicht möglich ist, allgemeine Direktiven herauszugeben, nicht einmal für ein so beschränktes Gebiet, wie das Königreich Sachsen. Wenn man auf Sachsen-Meiningen weist, so lassen sich diese Verhältnisse unmöglich ohne weiteres auf andere Gebiete übertragen; denn dieser Bundesstaat nimmt entschieden eine Ausnahmestellung ein. Ich meine deshalb, daß wir das Schularztwesen noch eine Weile sich selbst wirken lassen müssen (sehr richtig); aus diesem Grunde haben wir auch geglaubt, die Sätze so allgemein zu fassen, wie nur möglich. Man muß sich gegenwärtig halten, daß in sehr vielen Bezirken der Erfolg der schulärztlichen Tätigkeit nicht in der Organisation liegt, sondern in der Person des betreffenden Schularztes. Generelle Regeln auszugeben für einen ganzen Bezirk, können in einzelnen Bezirken einen Erfolg haben, in anderen nicht. Ebenso verhält es sich mit der Frage: Hauptamt oder Nebenamt. In einer Stadt können Schulärzte im Hauptamt sehr schöne Erfolge haben, während es in einer anderen Stadt ganz unmöglich ist, weil dort die Verhältnisse wieder ganz anders liegen können. Es gibt außer Schulärzten im Hauptamt und Nebenamt noch ein Zwischenglied zwischen beiden, wie z. B. in Dresden.

An die Frage, ob der Schularzt durch die Gemeinde oder den Staat anzustellen ist, haben wir uns nicht herangewagt, weil wir glaubten, daß es nicht gut ist, nach der Schablone von oben herab diese Institution zu begründen. Dagegen haben wir wohl geglaubt sagen zu müssen, daß für alle Schulen des Landes Schulärzte anzustellen sind. Damit kann sich jedermann einverstanden erklären; ob sie nun von der Gemeinde, dem Staat oder einer anderen Stelle anzustellen sind, das kann man sich immer noch überlegen.

Was die Dienstanweisung betrifft, die uns Kollege von Muecke vorgelesen hat, so ist sie ganz gut; sie enthält tatsächlich das wesentlichste von dem, was der Schularzt in kleineren Städten und auf dem Lande zu tun hat. Nur ein Punkt ist nach meiner Meinung nicht erwähnt: das sind die sogenannten Ueberwachungsschüler, die nun einmal den Kern der

ganzen Schularztfrage bilden. Es wird uns immer wieder von Schulleitern der Vorwurf gemacht, daß wir lediglich Statistik trieben, daß wir einmal den Gesundheitszustand feststellen, und dann ein paar Jahre später wieder, daß aber unsere Feststellungen keine praktischen Folgen haben, solange die Kinder nicht auch behandelt werden. Das würde sich ändern, sowie man eine systematische Ueberwachung der Kinder einrichten könnte. Solche Kinder, die bei der Untersuchung als krank befunden werden und im Laufe des Schuljahres als krank gekennzeichnet werden. Diese zu überwachen ist in der Tat die besondere Aufgabe des Schularztes, und wenn er das in der Weise ausführt, wie es auf dem hygienischen Kongreß in Charlottenburg vorgeschlagen worden ist, d. h. mit Hilfe einer Schulschwester, die die Fürsorge in der Weise übernimmt, daß sie mit den Müttern der Kinder die Sache bespricht, eine Einrichtung, die sich in Charlottenburg ausgezeichnet bewährt hat, dann kann man wirklich sagen, daß die schulärztliche Einrichtung bei den Behörden und Lehrern Freunde finden wird. Jetzt hat sie außer einem gewissen platonischen Interesse wirkliche Freunde nur selten.

Zu den Kindern, die besonders zu untersuchen und zu überwachen wären, gehören in erster Linie solche, die geistig minderwertig sind. Ich habe mich in meinem Bezirk umgesehen und mit Schrecken wahrgenommen, wie viele Kinder, die geistig minderwertig sind, ohne daß sich die Eltern und die Lehrer oder Behörden darum kümmern, einfach in der Schule mitgeschleppt werden, ob sie leistungsfähig sind oder nicht. In einer einzigen Schule habe ich Kinder gefunden, die vier bis sechs Jahre in den untersten Klassen geblieben sind. Diese Kinder müssen hauptsächlich von den Schulärzten begutachtet werden.

Ich möchte Sie, wie gesagt, bitten, die Thesen, so wie sie vorgeschlagen sind, anzunehmen und sich auf weitere Details, vorläufig wenigstens, nicht einzulassen.

Dr. Hauffe: Ich möchte mir nur die Anregung erlauben, einen Passus mit hineinzubringen, der die Stellung des Schularztes der Behörde gegenüber klarlegt. Ich möchte vorschlagen, daß der betreffende Schularzt nicht nur mit beratender Stimme dem Schulausschuß angehört, sondern im Interesse des Schularztes den Behörden gegenüber stimmberechtigt wird. Das ist eine Forderung, die nicht nur von den Schulärzten, sondern auch von anderer Seite mit Sympathie begrüßt werden würde. Ich glaube nicht, daß es Schwierigkeiten machen würde, diesen Zusatz hineinzubringen.

Vorsitzender: Sie stellen also den Antrag, daß der Absatz dahin erweitert wird, daß der Schularzt stimmberechtigtes Mitglied des Schul-Ausschusses ist?

Dr. Hauffe: Jawohl.

Vorsitzender: Hat jemand dagegen etwas zu sagen? Es ist nicht der Fall. Dann ist der Antrag angenommen. Ich bitte Herrn Kollegen Hauffe, den Zusatz zu D Abs. 1 zu formulieren.

Dr. Hauffe: „Der Schularzt hat Sitz und Stimme im Schulausschuß."

Vorsitzender: Ich glaube es ist richtiger, wenn „Schulvorstand" gesagt wird, das ist allgemeiner gehalten.

Der Zusatz wird in dieser Fassung angenommen.

Dr. Stahl: Ich wollte nachträglich noch eine kleine redaktionelle Aenderung vorschlagen, nämlich statt „Anstellung" „Bestellung" zu sagen.

Vorsitzender: Wenn niemand dagegen ist, nehme ich an, daß Sie damit einverstanden sind, daß wir „Anstellung" in „Bestellung" verwandeln. Es ist so beschlossen worden.

Wir kommen nun zu Abs. 2, der die Ueberwachung der Tätigkeit der Schulärzte betrifft. Dazu hat sich niemand zum Wort gemeldet. Der Absatz ist angenommen.

Wir gehen zu Abs. 3, Aufstellung einer Dienstanweisung für die Schulärzte, über.

Dr. Rechholtz: Der Passus unter Ziffer a ist m. E. etwas zu weitgehend: „Einhaltung regelmäßiger Sprechstunden in der Schule." Soll das wöchentlich oder täglich sein?

Dr. Thiersch: Es ist nicht so gedacht, daß sich jedermann in der Schule anmelden kann, der irgend ein Gebrechen hat; denn mit der Behand-

lung von kranken Kindern soll sich der Schularzt nicht befassen. Der Passus bezüglich der Sprechstunden bezieht sich vielmehr nur darauf, daß bei dieser Gelegenheit die Ueberwachungsschüler vorgeführt werden und vom Schularzt untersucht werden. Die Sprechstunde soll außerdem Gelegenheit zur Erörterung von Angelegenheiten geben, über die der Arzt mit dem Direktor der Schule zu sprechen hat. Ich möchte Sie deshalb bitten, den Passus so stehen zu lassen.

Dr. Holz: Der Vorschlag, betreffend die Sprechstunde, geht nicht von mir aus. Ich glaube zwar, daß die Vorschrift an Schulen in großen Städten durchführbar ist; wir müssen aber daran denken, daß auch kleinere Städte und das Land hier in Frage kommen, und da ist es natürlich nicht möglich, regelmäßige Sprechstunden, so wie es hier steht, einzuhalten. Der Arzt wird bei dem sehr wahrscheinlich recht mäßigen Honorar die Schule höchstens viermal im Jahre besuchen können. Ich glaube, daß es falsch ausgedrückt ist, wenn man „regelmäßige" Sprechstunden sagt. Eine Ueberwachung der Kinder ist natürlich notwendig. Wenn der Schularzt die Schule besucht, so wird ihm der Leiter der Schule die betreffenden Kinder vorführen zu einer weiteren nochmaligen Untersuchung. Soll der Arzt aber regelmäßig die Schule besuchen, so läßt sich die Sache der hohen Kosten wegen auf dem Lande nicht durchführen. Die Ueberwachung der Kinder durch den Schularzt muß durchgeführt werden, aber der Hauptnachdruck über die Tätigkeit des Schularztes soll nicht auf die Ueberwachung gelegt werden, wie Herr Kollege Thiersch dies meint. Wenn er gefunden hat, daß viele schwachsinnige Kinder mitgeschleppt wurden, ohne daß eine Untersuchung erfolgte, so liege das an den Schulbehörden, die verpflichtet gewesen wären, diese Kinder dem Bezirksarzt zuzuweisen, es aber nicht getan haben, um die Kosten für die Gemeinde zu ersparen, die vielleicht entstanden wären, wenn der Bezirksarzt den Antrag gestellt hätte, daß das betreffende Kind in die Landeserziehungsanstalt aufgenommen wird. Gerade, weil der Bezirksarzt nicht sehr beliebt ist, erfährt er es nicht; denn eine Beliebtheit wird dadurch nicht hervorgerufen, wenn die Gemeinde Kosten zu zahlen hat.

Dr. Thiersch: Ich möchte nur bemerken, daß ich vorhin vom Schularzt gesprochen habe und nicht vom Bezirksarzt. Ich bin auch ein Gegner davon, daß der Bezirksarzt zugleich Schularzt ist. Ich möchte Sie nochmals bitten, die vorgeschlagene Fassung beizubehalten; es ist in dem Wortlaut ja ein sehr weiter Spielraum gelassen worden. Durch die jetzige Fassung werden die Schulärzte gezwungen, sich an ihre Pflicht zu erinnern.

Dr. Petzholdt: Ich möchte empfehlen, daß man einfach sagt „geregelter Besuch in der Schule"; dann kann es die Gemeinde machen, wie sie will. Die Hauptsache ist, daß die Schule in geregelter Weise besucht werden soll; das ist aber in der Stadt ganz anders möglich und zulässig, als auf dem Lande. Vielleicht lassen sich durch meinen Vorschlag die Schwierigkeiten überwinden.

Dr. Rechholtz: Ich bin mit dem Kollegen Petzholdt einverstanden. Vielleicht könnte man auch sagen „gewisse Sprechstunden in der Schule". Damit ist das, was gesagt werden soll, vollauf gedeckt.

Dr. von Mücke: Ich möchte sagen, daß Sprechstunde nicht richtig ist, sondern daß man Sprech„tage" sagen müßte. Unter Sprechstunde verstehe ich direkte Beratung; das ist aber hier nicht der Fall, sondern die Kinder sollen nur regelmäßig untersucht werden.

Dr. Petzholdt: Ich schlage vor: „Einhaltung geregelter Besuche in der Schule".

Vorsitzender: Sind Sie mit diesem Vorschlage des Kollegen Petzholdt einverstanden?

Es erhebt sich kein Widerspruch, der Vorschlag zu D 3 a ist also angenommen.

Wir kommen dann zu den Punkten b—d: Untersuchung aller Lernanfänger; fortlaufende Ueberwachung der an besonderen Gebrechen leidenden Kinder und Untersuchung der Kinder bei Dispensationen.

(Dr. Stahl: Soweit nicht ein ärztliches Zeugnis vorliegt.)

Sie sind wohl damit einverstanden, ebenso wie mit den übrigen Vor-

schlägen zu D. Ab. 4—6, betreffend hygienische Vorträge seitens der Schulärzte für Lehrer und Eltern; Mitwirkung bei der Auswahl der Kinder für Ferien-, Milch-, Schwimm-Kolonien; schulärztliche Untersuchung aller Kinder nach dem IV. Schuljahr und vor Beendigung der Schulzeit und Notwendigkeit einer steten Fühlung der Schulärzte mit den Bezirksärzten. Wir gehen nun über zur Diskussion über

die Vorschläge I zum Gesetz betr. das Volksschulwesen.

Dr. Thiersch: Es handelt sich in diesem § 11 Absatz 1 darum, daß der Mindestluftraum pro Kind statt wie bisher 2,5 cbm in Zukunft 4 cbm betragen soll. In der Praxis wird diese Forderung schon vielfach erfüllt, natürlich da am leichtesten, wo die Schülerzahl gering ist. In überfüllten Klassen, bei 50 und mehr Schülern, werden dagegen die 4 cbm wohl regelmäßig unterschritten. Die Begründung des Mindestmaßes von 4 cbm ist schon alt; ich verweise in dieser Beziehung vor allem auf das eingehende Gutachten des Landesmedizinalkollegium vom Jahre 1908, abgedruckt in dem Jahresbericht für 1908, Seite 196 ff; daselbst werden auch u. a. Staaten erwähnt, die einen noch höheren Luftraum fordern. Was die Durchführung dieser Forderung betrifft, so wird sie vielleicht hie und da in ländlichen Verhältnissen auf Schwierigkeiten stoßen. Man kann wohl dann nach Lage des Falles Rücksicht walten lassen; um so strenger müßte aber in den Städten auf die Einhaltung dieses Maßes gehalten werden, was in der Regel ohne Schwierigkeiten möglich ist.

Schulrat Sieber: Es ist meiner Ansicht nicht nötig, daß diese Bestimmung überhaupt hereinkommt; denn aus den Forderungen, über die Größe der Schulzimmer, das Verhältnis der Höhe der Fensterscheiben zur Zimmertiefe, die Entfernung der Bankreihen von der Vorderwand und Hinterwand, die Zwischenräume usw., ergiebt sich das Maß von 4 cbm von selbst. Ich glaube, daß es wichtiger ist, wenn diese Bestimmungen eingehalten werden.

Dr. Holz: Ich meine auch, daß man diesen Absatz ruhig fortlassen kann. Wir haben es dann immer in der Hand zu kontrollieren, ob 4 cbm Raum vorhanden sind; sie kommen sofort heraus, wenn die vorgeschriebenen Maße eingehalten werden.

Dr. Thiersch: Ich muß vollkommen zugeben, was gesagt worden ist, daß die 4 cbm ohne weiteres herauskommen, wenn die übrigen Anforderungen erfüllt werden, die an das Schulzimmer gestellt werden; deswegen ist aber die Bestimmung nicht überflüssig. Ich verweise auf andere Verhältnisse, wo wir auch neben einer Reihe von Forderungen noch ein bestimmtes Maß verlangen, das uns die sichere Gewähr gibt, daß diese Forderungen auch eingehalten werden. Zum Beispiel fordern wir für die Güte der Luft in geschlossenen Räumen neben anderen Eigenschaften ein bestimmtes Mindestmaß von Kohlensäure. Für die Marktmilch verlangen wir außer vielen anderen Bedingungen vor allem einen Mindestfettgehalt u. s. f. Die 4 cbm sind aber gewissermaßen ein Indikator, nach dem wir uns richten können. Und wenn wir ungünstige Zimmer vor uns haben, können wir uns immer wieder auf die 4 cbm berufen. Ich sehe nicht ein, warum wir darauf verzichten sollen.

Vorsitzender: Ich möchte nur erwähnen, daß die Forderung „4 cbm" einen Sturm der Entrüstung bei den verschiedenen Gemeinden hervorrufen wird. Sie sind jetzt schon ganz empört über die 2,5 cbm.

Dr. Petzholdt: Meines Erachtens ist es doch wichtig, 4 cbm als Mindestgrenze aufzuführen, weil dadurch der Bezirksarzt und die Schulinspektion ein Mittel in die Hand bekommen, einen Druck auszuüben. Gerade die jetzige Vorschrift über 2,5 cbm ist oft sehr hinderlich gewesen; denn wenn wir mehr forderten hat sich die Schulgemeinde einfach auf sie berufen. Ich halte es deshalb sehr für wertvoll, wenn die Mindestgrenze ausdrücklich auf 4 cbm festgesetzt wird. Die Lehrerschaft geht noch weiter und fordert 5 cbm; dies würde wohl kaum durchführbar sein, aber 4 cbm kann man ganz gut verlangen.

Vorsitzender: Ich persönlich meine, daß die Forderung 4 cbm unnötig ist, wenn die anderen Maße angegeben werden; denn es kann auch ein Raum von 4 cbm für die Kinder sehr ungesund sein, wenn er z. B. furchtbar niedrig und sehr langgestreckt ist.

Dr. Thiersch erinnert an den Grundsatz, was nicht verboten ist, ist erlaubt. Wenn die Architekten nicht mehr das Maß vor Augen haben, nach

dem sie bisher sich richten mußten, dann bauen sie, wie sie wollen. Schon deshalb halte er für notwendig, daß die Bestimmung bleibt.

Dr. Zehlert: Wir haben im Baugesetz die Bestimmung, daß ein Raum als überfüllt anzusehen ist, wenn er für Erwachsene nicht mindestens 20 cbm und für Kinder nicht mindestens 10 cbm enthält. Aus diesem Grunde wünsche ich auch, daß ein Mindestluftraum im Gesetze eingefügt wird und zwar von 4 cbm.

Vorsitzender: Es ist von der Kommission der Antrag gestellt worden, diesen Satz in § 4 der Ausführungsverordnung zu stellen. Dagegen wird wohl niemand etwas einzuwenden haben. Wir müssen uns dann darüber schlüssig werden, ob statt 2,5 cbm 4 cbm gesetzt oder die Zahl 4 cbm weggelassen wird. Wer ist für die Angabe der Zahl von 4 cbm.

Das ist die Mehrheit; der Antrag ist also angenommen.

Dr. Thiersch: § 37 Nr. 12 hatte bisher folgenden Wortlaut: Die Veranstaltung regelmäßiger Revisionen der mit Landesanstalten verbundenen Schulen und außerordentlichen Revisionen anderer Schulen, wobei namentlich auch auf die Wahrung der Gesundheitspflege Rücksicht zu nehmen ist, soweit nötig unter Zuziehung ärztlicher Sachverständiger. Die Kommission schlägt hierzu hinter den Worten „zu nehmen ist" den Zusatz vor: „unter Zuziehung der Bezirksärzte und Schulärzte".

Vorsitzender: Es existiert schon eine Verordnung des Kultusministeriums, daß die Schulärzte bei Revisionen der Seminare usw. zugezogen erden; sie ist im vorigen Jahre erschienen. Ich darf wohl annehmen, daß Sie mit dem VorshhlaB zu § 37 Nr. 12 einverstanden sind. Wir kommen nun zur Diskussion über

die Vorschläge unter II zu der Verordnung vom 3. April 1878 betreffs „die Anlage und innere Einrichtung der Schulgebäude in Rücksicht auf die Gesundheitspflege."

Dr. Thiersch: Der § 1 handelt von der Stellung der Schulhäuser. In Absatz 1 haben wir keine Aenderung beantragt; § 2 soll dagegen den Zusatz erhalten:

„Schulhäuser sind mit der Hauptfront nach Ost-Westen, oder Süd-Ost-Nordwesten zu stellen. Nordlage ist zu vermeiden. Die Unterrichtsräume sind, wo angängig, an diejenige Front zu legen, welche die Frühsonne erhält".

Dr. Hauffe glaubt, daß der vorgesehene Zusatz in dieser Form nicht stehen bleiben kann. Wenn z. B. ein Schulhaus einen wirklichen Grundriß hat oder, wie es oft gebaut wird, in Form eines Hufeisens, dann würde nach dem Wortlaut die Hauptfront eine bestimmte Richtung bekommen. Die Unterrichtszimmer liegen aber in den Schenkeln des Hufeisens, während sich im Mittelbau die Konferenzzimmer, Lehrerzimmer etc. befinden, für die es gleichgültig ist, wo sie hinkommen. Man kann deshalb nicht sagen: „Die Hauptfront" des Schulhauses. Eine kurze Bestimmung nach welcher Himmelsrichtung die Unterrichtsräume hinzulegen sind, genügt vollkommen; die Ansichten, welche Himmelsrichtung am zweckmäßigsten ist, gehen allerdings weit auseinander; es ist deshalb sehr schwer einen Passus anzuwenden, der auf alle Fälle paßt und allen Einwendungen gerecht wird.

Dr. Zehlert: Ich glaube es ist am besten, wenn wir diese Sache überhaupt ganz weglassen; der Zusatz 2 würde vollkommen genügen. Ich würde empfehlen, noch anzufügen, daß die Schulräume möglichst nicht nach Norden zu legen sind.

Dr. v. Stieglitz: Ich halte es gar nicht für notwendig, daß hier besondere Angaben über die Himmelsrichtung gemacht werden; der Bezirksarzt bekommt ja den Plan zur Begutachtung und kann dann bei dieser Gelegenheit seine Wünsche aussprechen.

Vorsitzender: Es ist von dem Kollegen Hauffe der Antrag gestellt worden, den zu § 1 vorgeschlagenen Zusatz zu streichen.

Dr. Thiersch: Das, was Herr Kollege Hauffe gesagt hat, trifft für gewisse Schulgebäude zu. Ich kenne auch solche Gebäude, die gleichschenklich sind und keine eigentliche Hauptfront besitzen; das kommt aber sehr selten vor. Die meisten Schulgebäude werden mit zwei Fronten und sehr oft noch mit reiner Südlage gebaut; das wollte ich mit dem Passus verhindern.

Vorsitzender: Der Antrag Hauffe steht zur Abstimmung.

Dr. Thiersch: Ich möchte bitten, über die beiden Absätze der Zusätze getrennt abzustimmen.

Vorsitzender: Ich lasse dann erst über den ersten Absatz des Vorschlages zu § 1 abstimmen. Wer dafür ist, daß dieser Absatz wegfällt, bitte ich die Hand zu erheben.

Der Absatz ist mit 13 Stimmen abgelehnt.

Wir kommen nun zur Abstimmung über den zweiten Absatz.

Der Absatz ist ebenfalls mit 10 gegen 9 Stimmen abgelehnt. Ich glaube auch, daß es ganz richtig ist, wenn wir diese Bestimmung fortfallen lassen, da sich ja die Hygieniker über diese Frage selbst nicht einig sind.

Dr. Thiersch: Der letzte Satz in Absatz 3 hatte bisher folgenden Wortlaut: „Dieses Gutachtens bedarf es nicht, wenn zweifellos ist, daß die Voraussetzungen des Absatzes 2 vorhanden oder nicht vorhanden sind.“ Wir schlagen vor, diesen Zusatz zu streichen, weil unter allen Umständen das Gutachten des Bezirksarztes eingeholt werden soll.

Vorsitzender: Hat jemand etwas dagegen? Es ist nicht der Fall; der Vorschlag ist angenommen.

Dr. Thiersch: Absatz 4 lautete: „Zunächst dem Schulhaus ..... zwischen Straße und Schulhaus.“ Wir wollen hinzufügen: „Wo dies nicht möglich, ist die Straße mit geräuschlosem Pflaster zu versehen.“

Es hat sich namentlich in Großstädten als notwendig herausgestellt, daß die Klassenzimmer auch während des Unterrichts zu lüften sind und daß deshalb, um eine Störung des Unterrichts zu vermeiden, die Straße mit geräuschlosem Pflaster versehen sein muß. Wir können dies mit gutem Recht als Forderung aufstellen.

Dr. Stahl: Manche an sich ganz gute Schulen haben auch das Unglück, an einer belebten Straße zu liegen, wo ständig Automobile vorbeisausen und bei Trockenheit einen derartigen Staub aufwirbeln, daß es nicht möglich ist, die Schulzimmer zu lüften; sogar die Brunnen werden durch den feinen Staub verunreinigt. Kann man nicht für diese Fälle irgend welche Vorkehrungen treffen, daß z. B. die Gemeinden ein entstaubendes Mittel im Bereiche des Schulgebäudes anzuwenden hätten? Etwas derartiges müßte hier bei diesem Paragraphen angefügt werden. Das ist eine Kalamität, die immer mehr in die Erscheinung tritt. Ich beantrage also, hinzuzufügen: „nötigenfalls die Straßenbedeckung staubfrei herzustellen.“

Vorsitzender: Hat jemand gegen den Vorschlag zu § 1 Abs. 4 und den Zusatzantrag: „bezw. Maßnahmen gegen die übermäßige Entwickelung von Staub zu treffen“, etwas zu sagen?

Es ist nicht der Fall; der Vorschlag ist mit diesem Zusatz angenommen.

Dr. Thiersch: Die §§ 2 und 3 bleiben unverändert. § 4 Abs. 1 erhält den Zusatz: „Mehr als drei Stockwerke einschließlich des Erdgeschosses soll ein Schulhaus womöglich nicht erhalten.“ Wir sind uns wohl bewußt, daß diese Forderung für das Land allerdings ohne weiteres zu erfüllen ist, für die Großstädte aber mit Schwierigkeiten verbunden ist, weil hier die Kostenfrage eine große Rolle spielt. Aber gleichwohl ist es nötig, daß man sie aufstellt, weil es sich um eine der allerwichtigsten gesundheitlichen Forderungen handelt. Ich möchte Sie bitten, Ihre Zustimmung dazu zu geben.

Es widerspricht niemand; der Vorschlag ist angenommen.

Die §§ 5 bis 9 bleiben unverändert.

Dr. Petzholdt: Ich möchte den Antrag stellen, zu sagen: „doch sollte womöglich“, statt „doch darf“ . . . Eine präzisere Ausdrucksweise ist hier jedenfalls erwünscht.

Dr. Hauffe: Ich möchte zu demselben Paragraphen noch bemerken, daß es doch Kombinationszimmer, Gesangszimmer etc. gibt. Diese Zimmer werden von vornherein größer angelegt und müssen auch zulässig sein, da sie nicht zu entbehren sind. Ich möchte empfehlen, daß wir sagen: „ähnlichen Zimmern“.

Vorsitzender: Ich nehme an, daß Sie mit diesen beiden Abänderungen einverstanden sind. (Allseitige Zustimmung.)

Dr. Thiersch: Zu § 10 beantragen wir folgenden Zusatz: „Als lichte Fensterfläche ist nur die Scheibenfläche maßgebend.“ Es beruht dies auf der Ueberlegung, daß neuerdings vielfach Schulgebäude entstehen, vor deren

Fenster vielfach kleine Kästen angebracht werden und auch mit sehr starkem Holzgitter versehen werden. Das nimmt der Scheibenfläche einen großen Teil Licht weg. Es muß also bei der Berechnung der lichtgebenden Fläche nur die Scheibenfläche maßgebend sein.

(Gegen den Vorschlag erhebt sich kein Widerspruch.)

Im § 12 bleiben die Absätze 1 und 2 unverändert. Absatz 3 soll dagegen folgende Fassung erhalten:

„Insbesondere ist bei allen Schulzimmern zu fordern, daß sämtliche oberen Fensterscheiben einschließich der Doppelfenster geöffnet und durch von unten bequem zu handhabende bewegliche Stellvorrichtungen mehr oder weniger aufgelassen werden können."

Der Unterschied ist der, daß wir nicht nur während des Winters, sondern für das ganze Jahr diese Stellvorrichtungen empfehlen, und daß nicht nur einzelne Fensterscheiben, sondern alle Fensterscheiben geöffnet werden können und daß durch diese Stellvorrichtung die Fenster von unten bequem, und zwar nicht nur auf einen bestimmten Winkel, sondern daß sie für einen beliebigen Winkel geöffnet werden können. Es gibt jetzt schon eine ganze Anzahl von Schulen in meinem Bezirk mit vorzüglichen Fenstern, die sich auf einen beliebigen Winkel einstellen lassen, ohne daß es den Kindern, die darunter sitzen, zieht. Wir würden in der Annahme dieses Paragraphen einen ganz wesentlichen gesundheitlichen Fortschritt erblicken.

Dr. Hauffe: Ich möchte zu § 12 Abs. 2, in dem gesagt wird, daß die Konstruktion der Ventilationseinrichtung dem Urteil des Technikers überlassen sein soll, anregen, ob man nicht vielleicht über die Einrichtung der Frischluftkammern, der künstlichen Luftzuführung vom hygienischen Standpunkt einige Worte sagt. Ich habe in einer Schule die mit großem Aufwand gebaut wurde, gefunden, daß die Frischluftkammern wenig übersichtlich angelegt, ihre Wände nicht verputzt waren und ihr Fußboden nicht in Ordnung war. Ich habe nachträglich veranlaßt, daß der Fußboden mit Zement bestrichen wurde, die Wände ausgefugt und mit Oelfarbe gestrichen wurden. Außerdem habe ich erreicht, daß die Frischluftkammern Wasseranschluß bekommen haben, einen Abschluß nach der Schleuse und Geruchsverschluß. Der dadurch erzielte Vorteil ist sehr groß. Die Frischluftkammern können schnell gereinigt, die Wände gründlich abgewaschen und der Staub, der sich ansetzt, hinausgespült werden.

Dr. Thiersch: Ich muß dem Herrn Kollegen Hauffe darin Recht geben, daß es viele Konstruktionen von Ventilationseinrichtungen gibt, namentlich Frischluftkammern, die mit Wasserspülung verbunden sind, die nichts taugen und technisch schlecht ausgeführt sind; ich habe in meinem Bezirk auch gute und schlechte derartige Konstruktionen gesehen. Anderseits habe ich Bedenken dagegen, daß wir solche technischen Einzelheiten in die Sache hineinbringen. Wir müssen die hauptsächlichsten allgemeinen Gesichtspunkte festhalten. Außerdem ist die Entwicklung dieser Technik in fortwährendem Fortschreiten begriffen; was heute mustergültig ist, ist in fünf Jahren längst wieder überholt. Ich meine es ist besser, das von Fall zu Fall zu prüfen und zu entscheiden.

Dr. Hauffe: Ich wollte damit nur eine Anregung geben. Ich muß sagen, daß es vielleicht etwas weitgehend ist, aber weil hier die Rede war von Doppelfenstern und Stellvorrichtungen, glaubte ich, daß eine diesbezügliche Vorschrift nicht unangebracht wäre. Ich möchte doch den Antrag stellen, daß der von mir erwähnte Punkt mit aufgenommen wird.

Vorsitzender: Hat jemand zu dem Antrag des Herrn Hauffe noch etwas zu sagen? Wenn es nicht der Fall ist, dann werde ich darüber abstimmen lassen. Wer ist für den Antrag Hauffe?

Der Antrag ist also angenommen; ich bitte den Antragsteller, ihn zu formulieren.

Dr. Hauffe schlägt folgende Fassung vor:

„Die Frischluftkammern dürfen nicht an der staubigen Straße liegen, müssen mit glatten waschbaren Wänden versehen sein und möglichst Anschluß an die Wasserleitung mit Abschluß nach der Schleuse und Einschaltung eines Geruchsabschlusses erhalten."

Es erhebt sich kein Widerspruch dagegen.

Dr. Thiersch: Absatz 4 des § 12 ist zu streichen; denn es ist nicht angängig, in bezug auf die Lufterneuerung solche spezielle Bestimmungen zu treffen, besonders, da gerade diese Art der Lufterneuerung sich in vielen Schulen absolut nicht bewährt hat. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß die Kanäle, durch die man die Luft hereinbringt, verschmutzen, und der Schmutz dann gar nicht mehr entfernt werden kann. Es wird also gerade das Gegenteil von dem erreicht, was erreicht werden soll.

Vorsitzender: Sind Sie mit der Streichung dieses Paragraphen einverstanden?

Die Streichung ist angenommen.

Dr. Thiersch: § 12 Absatz 5 soll folgende Fassung erhalten:

„Zur Wegführung der verbrauchten Luft ist ein bis über das Dach führender, mit saugendem Essenkopf versehener Abzugskanal in möglichster Nähe der Esse einzubauen, der nach dem Schulzimmer zu eine oder mehrere verschließbare Oeffnungen hat.“

Ich bin mir sehr wohl bewußt, daß mit diesem Vorschlag die Frage der zweckmäßigen Entlüftung eines Schulzimmers nicht gelöst ist; denn sowohl die bisher meist geübte Praxis, daß die Abzugskanäle im Dachbodenraum münden, als die, daß sie über Dach münden, haben ihre Nachteile. Im ersteren Falle kann der Schmutz des Bodenraumes hinunter in die Klassenzimmer kommen; im anderen Falle erfüllen sie häufig ihren Zweck nicht, da bei Gegenwind der Wind in die Klassenzimmer hinunterfährt. Beide Verfahren haben also ihre Nachteile. Wir haben uns gesagt, daß das kleinere Uebel ist, wenn nicht so viel Staub in die Klassen kommt. Anderseits kann dem ungenügenden Abzug der Luft durch die Forderung abgeholfen werden, daß während des Unterrichts die Fenster zeitweise geöffnet werden. Aus diesem Grunde haben wir geglaubt, die über Dach führenden Kanäle zu empfehlen.

Es entspinnt sich eine kurze Debatte über die Frage, ob unter allen Umständen zwei verschließbare Oeffnungen, eine für die Entlüftung im Sommer, die andere für die Entlüftung im Winter, verlangt werden sollen, an der sich Petzholdt, Thiersch, Holz, Zehlert und v. Mücke beteiligen Schließlich wird auf Vorschlag von Zehlert der zu § 12 Abs. 5 gemachte Vorschlag abgelehnt und diesem folgende Fassung gegeben:

„Zur Wegführung der gebrauchten Luft sind geeignete Entlüftungsvorrichtungen und Abzugskanäle anzubringen.“

Dr. Thiersch: § 13 bleibt unverändert. Es ist vorhin die Rede davon gewesen, in welcher Weise der Schuldiener untergebracht werden soll? Es ist weder zu fordern, noch zu empfehlen, die Wohnung für diesen im Erdgeschoß unterzubringen; denn alles, was nicht mit dem Unterricht direkt zusammenfällt, gehört nicht in das Schulgebäude. Es kommt noch hinzu, daß bei Erkrankung von Kindern der Schulbetrieb leicht gestört werden kann. Das kann allerdings dadurch beseitigt werden, daß man einen Zusatz hinzufügt: „Die Hausmannswohnung hat einen eigenen Zugang von außen zu erhalten.“

Dr. Holz: Auch bezgl. des Abortes müßte etwas hinzugesetzt werden. Ich halte es z. B. nicht für zweckmäßig, daß der Abort des Schuldieners zusammenliegt mit dem Abort der Schulkinder. Die Hausmannswohnung muß unbedingt einen eigenen Abort haben.

Dr. Petzholdt: Die Forderung eines eigenen Zugangs für die Hausmannswohnung gilt doch wohl auch für die Lehrerwohnung. Das läßt sich sehr gut machen.

Dr. v. Schröter: Ich möchte bezweifeln, ob das überhaupt immer durchführbar ist. Auf dem Lande besonders wird es sehr oft Schwierigkeiten machen, namentlich, wenn die Wohnung im Dachgeschoß liegt; für die Gemeinde würde dann die Herstellung eines eigenen Eingangs eine kostspielige Sache sein.

Dr. Zehlert: Es handelt sich hier ja nur um Vorschläge für Neubauten und da kann man ohne weiteres verlangen, daß der Zugang zur Hausmanns- und Lehrerwohnung von außen herzustellen ist.

Vorsitzender: Man kann vielleicht sagen: „Sind Wohnungen in einem Schulraum vorhanden, so sind sie mit einem besonderen Zugang zu versehen.“ Dieser Zusatz müßte im § 14 zwischen Absatz 1 und 2 anzufügen sein.

Der Zusatz ist angenommen.

Es ist dann hier bloß von Schüleraborten die Rede, aber nicht von Lehreraborten. Vielleicht könnte hineinkommen: „Die Dienstwohnungen haben besondere Aborte zu erhalten."

Soll der Zusatz wegen der Aborte nun aufgenommen werden?

Dr. v. Schröter: Dann genügt die Bestimmung im Baugesetz auch, wonach die Aborte der Wohnungen möglichst auf demselben Flur zu liegen haben, während die Schüleraborte auf dem Hof sein müssen.

Vorsitzender: Ich komme jetzt zur Abstimmung. Soll der Absatz wegen der Aborte der Lehrer und Hausmänner hineinkommen oder nicht? Wer dafür ist, daß ein Zusatz bezgl. getrennter Aborte hineinkommt, den bitte ich die Hand zu erheben.

Der Zusatz ist mit 11 Stimmen angenommen.

Dr. Thiersch: § 15 bleibt unverändert.

Zu § 16 schlagen wir vor, für die Hauptgänge eine Breite von 3 Meter statt wie bisher 1.70 Meter zu verlangen.

Eine Breite von 3 Metern läßt sich überall ermöglichen; wir müssen eine solche schon deswegen fordern, weil auch die Kleider auf diesen Korridoren aufgehängt werden können und die Kinder sich bei schlechtem Wetter in den Korridoren aufhalten können. Es gibt Schulen, wo diese Breite bereits überschritten ist; z. B. in Leipzig, wo Schulen mit Korridoren von 4 und 5 Meter Breite gebaut sind.

Dr. Rechholtz: Durch die Forderung einer Breite von 3 Metern wird eine so wesentliche Verteuerung des Schulgebäudes hervorgerufen, daß die Bestimmung für kleine Gemeinden deshalb nicht gut durchführbar ist. Vielleicht ist es besser, wenn wir schreiben: „Die Hauptgänge sollen nicht unter 3 Meter Breite sein."

Dr. Hauffe hat dieselben Bedenken, anderseits hält er die in § 15 geforderte Treppenbreite von 1,40 Meter für zu knapp berechnet.

Dr. Stahl meint, es würde vom gesundheitlichen Standpunkt aus genügen, wenn man sagt, die Korridore müssen genügend breit sein. Daß die Breite nicht zu gering wird, dafür sorgt bei größeren Schulen schon die Feuerpolizei.

Dr. Endler schlägt vor: „Bei mehr als zweiklassigen Schulen haben die Eingänge drei Meter breit zu sein", oder: „Der Haupteingang soll in mehr als zweiklassigen Schulen nicht unter drei Meter breit gehalten sein."

Vorsitzender: Es sind zwei Anträge eingegangen. Wer ist für den Antrag des Herrn Kollegen Endler?

Der Antrag ist angenommen, der andere ist deshalb hinfällig.

Dr. Thiersch: Die §§ 17 und 18 betreffen technische Sachen.

Zu § 19 schlagen wir folgende Fassung vor: „Um sich während der Pausen zu erholen, ist für die Kinder ein Hof vorzusehen, der zugleich als Spielplatz dient. Er ist so groß zu bemessen, daß auf jedes der in der Schule vorhandenen Schulkinder mindestens 2 Quadratmeter entfallen."

Dr. Hauffe: Vielleicht ist es besser, statt „um" zu sagen „Zur Erholung der Kinder ist . . ."

Der Vorschlag zu § 19 wird mit dieser Abänderung angenommen.

Dr. Thiersch: Statt § 19 Abs. 4 schlagen wir vor zu sagen: „Für 1000 Schüler ist eine Turnhalle vorzusehen. Sie soll gedielt usw. . . ."

Vorsitzender: Es ist die Meinung vorhanden, die Zahl 1000 ist zu hoch gegriffen.

Dr. Thiersch: Ich habe mit der Gewohnheit gerechnet, die ich auch in meinem Bezirk vorgefunden habe, nämlich, daß sehr viele Schulen fremde Turnhallen benutzen. Das ist ein Notbehelf; ich bin dafür, daß jede Schule eine eigene Turnhalle hat. Allerdings bin ich mir nicht klar darüber, bei welcher Schülerzahl man eine solche fordern soll. Vielleicht ist einer der Herren in der Lage, uns Direktiven zu geben.

Vorsitzender: Vielleicht ist es zweckmäßig zu sagen: „Für größere Schulen ist eine Turnhalle vorzusehen."

Dr. Stahl: Ich wollte anregen, daß der Fußboden in Turnhallen fugenlos hergestellt sein muß. Wenn wir „fugenlos" vorschreiben, wird ein gewisser Druck ausgeübt. Ich meine aber nicht fugenlose Fußböden, sondern ich meine, daß de Dielung so hergestellt sein muß, daß später keine Fugen entstehen.

Vorsitzender: Das ist ganz unvermeidbar; selbst beim bestausgetrockneten Holz entstehen durch Temperaturschwankungen Fugen. Ich glaube, es ist zweckmäßig, daß dies wegbleibt, und ich nehme an, daß Sie damit einverstanden sind.

Dr. Thiersch: § 19 Absatz 8 soll folgenden Zusatz erhalten: „Außerdem ist zur besseren Entlüftung der obere Teil jedes Fensters in seiner ganzen Breite als leicht stellbares Klappfenster einzurichten.“ Wir legen Wert darauf, daß das Fenster in seiner ganzen Breite geöffnet werden kann. Das Fenster muß, genau wie bei den Schulzimmern, von unten leicht verstellbar sein und die sämtlichen Fenster in ihrer ganzen Breite mit einer solchen Vorrichtung versehen sein.

Dann wollen wir bezgl. der Reinigung der Turnhallen noch folgenden Satz einfügen: „Die Turnhallen sind täglich einmal, und wenn vor- und nachmittags geturnt wird, auch unter mittags zu reinigen.“ Diese Bestimmung ist namentlich für Schulen in Großstädten notwendig, in denen täglich mehrere Male geturnt wird, damit nicht der Vormittagsschmutz noch vorhanden ist, wenn nachmittags wieder geturnt wird. In welcher Weise die Turnhalle gereinigt wird, kann man jeder einzelnen Schule überlassen.

Vorsitzender: Die Schulturnhallen werden vielfach von Vereinen benutzt, daß sollte man eigentlich verbieten.

Hat jemand gegen die Reinigung der Turnhallen etwas zu sagen? Es ist nicht der Fall; der Vorschlag ist angenommen.

Dr. Thiersch: Der bisherige § 20 schreibt vor: „Jedes Schulhaus ist mit einem, gutes Wasser gebenden, laufenden oder Pumpbrunnen zu versehen;“ dafür wollen wir sagen:

„Jedes Schulhaus ist mit Wasserleitung oder wenn diese nicht vorhanden, mit einem, gutes Wasser gebenden, eisernen Pumpbrunnen zu versehen.“

Dr. Zehlert schlägt vor, einfach zu sagen: „Jede Schule ist mit einwandfreiem Trinkwasser zu versorgen.“ Gerade eiserne Pumpbrunnen vorzuschlagen, sei nicht zweckmäßig.

Dr. Hauffe: Ich möchte vorschlagen: „Mit einem einwandfreien Wasser gebenden Brunnen.“

Vorsitzender: Darüber, was „einwandfrei“ ist, sind die Meinungen verschieden.

(Zuruf: Der Bezirksarzt entscheidet darüber.)

Der Bezirksarzt ist hier nicht immer maßgebend, es werden auch Chemiker und Brunnenbauer gefragt. Letztere empfehlen natürlich ihre Brunnen.
(Dr. Hauffe: Die Behörde hört in solchen Fällen immer den Bezirksarzt.)
Gewiß, gehört wird er schon, aber es wird nicht danach gehandelt.

Dr. Hauffe: Dann schlage ich vor: „ein gesundheitlich einwandfreier Brunnen“.

Dr. Petzholdt: Ich glaube, dies ist eine gute Fassung.

Vorsitzender: Es ist der Antrag gestellt worden zu sagen: „mit einem gesundheitlich einwandfreien Brunnen zu versehen.“ Hat jemand etwas dagegen?

Der Antrag ist angenommen.

Dr. Thiersch: Die §§ 21 bis 40 betreffen die Einrichtung der Schulbänke. Wir haben davon abgesehen, irgend welche Aenderungen vorzunehmen, weil sie sich bisher als bewährt erwiesen haben. Nur wollen wir statt des Wortes „Subsellien“ das deutsche Wort „Schulbänke“ oder „Bänke“ setzen.

Dr. Hauffe: In § 25 ist eine Bestimmung enthalten über den Fußboden unter den Bänken; es steht darin nichts über die Reinigung des Fußbodens. Ich glaube, daß da etwas hineinkommen müßte.

Dann steht in § 38 etwas über Beleuchtung. Es ist Gas und Erdöl gemeint. Vielleicht wird auch ein Hinweis auf eine modernere Beleuchtungsart zweckmäßig sein, z. B. elektrisches Licht, das nicht den Fehler der Luftverschlechterung hat.

Vorsitzender: Gegen elektrisches Licht habe ich Bedenken wegen der ultravioletten Strahlen, die auf die Dauer dem Auge mehr schaden, als das Gaslicht.

Stellen Sie einen besonderen Antrag?

Dr. Hauffe: Ich dachte zu § 25 einen Zusatz zu machen: „Die Bänke müssen so eingerichtet sein, daß sie die Reinigung des Fußbodens nicht erschweren."

Bezgl. der Beleuchtung könnte man sagen: „Eine Beleuchtungsart, die keine Luftverschlechterung oder sonstige gesundheitliche Schäden der Kinder zur Folge hat."

Dr. Thiersch: Ich möchte diesen Antrag unterstützen.

Vorsitzender: Hat jemand gegen die Anträge etwas einzuwenden? Es ist nicht der Fall; die Anträge sind angenommen.

Dr. Thiersch: Jetzt kommt die Handhabung der Schulreinigung selbst, eine der wichtigsten Sachen der Gesundheitspflege überhaupt. Im § 42, der die Reinigung der Schulzimmer betrifft, wollen wir den Zusatz anfügen: „Die Unterrichtsräume sind täglich zu reinigen." Ich glaube, daß die Anschauungen über die Notwendigkeit einer täglichen Reinigung gerade in den letzten 10 Jahren so allgemein in das Bewußtsein derjenigen eingedrungen ist, die mit dem Schulbetrieb zusammenarbeiten, daß man das als eine prinzipielle Forderung sowohl der Lehrer, als auch der Aerzte bezeichnen kann. Jedenfalls habe ich in allen pädagogischen Versammlungen, die sich damit beschäftigt haben, gehört, daß von Seiten der Lehrer diese Forderung gestellt wird.

So leicht nun diese Forderung zu stellen ist, so schwer ist sie auszuführen. In technischer Hinsicht ist es sehr schwer, vor und nach dem Nachmittagsunterricht die geeignete Zeit ausfindig zu machen, um täglich alle Räume zu reinigen. Finanziell kommt in Betracht, daß die Kosten bei Vornahme einer täglichen Reinigung ganz außerordentlich steigen. Trotzdem glaube ich, daß wir diese Forderung aufstellen müssen und daß irgendwelche Mittel und Wege gefunden werden müssen, um dies Problem zu lösen. Ich will in Erwägung ziehen, daß eine fliegende Kolonne von Frauen die von Schule zu Schule gehen im Akkord arbeiten und sich dadurch die Sache verbilligen lassen kann. In welcher Weise die Unterrichtsräume zu reinigen sind, haben wir absichtlich fortgelassen, da auch die verschiedenen Reinigungsmittel dem Wechsel der Zeiten unterworfen sind. Man könnte vielleicht daran denken, daß die Unterrichtsräume, in denen die sogenannten staublosen Oele angewandt werden, auf die tägliche Reinigung verzichten können. Aber ich halte es für notwendig, daß auch diese Räume mit in die tägliche Reinigung einbezogen werden, da auch hier bei schlechtem Wetter doch sehr viel Schmutz in die Schule hineingetragen wird.

Dr. Holz: Ich möchte vorschlagen, daß die Reinigung nicht durch Schulkinder zu erfolgen hat.

Vorsitzender: Ich möchte empfehlen, möglichst von Zusätzen absehen zu wollen.

Wer ist für den eben vorgeschlagenen Zusatz?

Nur vier Stimmen. Er ist abgelehnt. Im übrigen hat wohl niemand gegen den Vorschlag betreffs der täglichen Reinigung der Unterrichtsräume etwas zu erinnern.

Dr. Thiersch: Der erste Absatz in § 43 soll den Zusatz erhalten: „Während jeder Unterrichtspause ist mindestens ein Fenster zu öffnen." Die jetzigen Vorschriften in den Schulen sehen vielfach nur das Oeffnen der Fenster am Schluß des Unterrichts, nicht am Schluß jeder Unterrichtsstunde vor. Es ist rationell, daß während jeder Stunde das Fenster geöffnet wird. Ich erinnere mich noch, wo in verschiedenen Schulen den ganzen Vormittag über das Fenster nicht geöffnet wurde; ich halte es deswegen für notwendig, daß diese Forderung aufgestellt wird, damit wenigstens ein Fenster nach jeder Stunde geöffnet wird. Das kann ohne Schaden für die Kinder auch bei kälterer Temperatur gemacht werden.

Dr. v. Schröter: Ist dies nicht etwas zu weitgehend, wenn man das so strickte vorschreibt? Im Winter, wenn viele hustende und mit Katarrh erkrankte Kinder im Raum sind, halte ich diese Vorschrift nicht für zweckmäßig. Vielleicht genügt es, wenn man vorschreibt, daß die oberen Klappenflügel aufzumachen sind.

Vorsitzender: Ist jemand gegen den Vorschlag der Kommission zu § 43 Abs. 1? Es ist nicht der Fall. Dann ist er angenommen.

Dr. Thiersch: Als weiteren Zusatz empfehlen wir: „Insbesondere dürfen die Unterrichtsräume auch während des Unterrichts durch geeignete Stellung der Klappvorrichtungen entlüftet werden.“ Das ist eine prinzipielle Aenderung gegen früher und die vielfachen noch geltenden Vorschriften, die dazu führen, daß viele Rektoren streng darauf halten, daß während des Unterrichts auch nicht ein Spalt eines Fenster geöffnet werden darf. So lange wir noch kein Mittel besitzen, die Klassen während des Unterrichts zu entlüften und dauernd gute Luft zuzuführen, muß man diese Vorsichtsmaßregel beobachten können. Alle Experimentierversuche, die sich damit beschäftigt haben, die Luft zu Beginn und zu Ende einer Unterrichtsstunde zu messen, haben immer wieder festgestellt, daß die Luft am Ende der Unterrichtsstunde bedeutend verschlechtert ist. Deshalb muß die Möglichkeit vorhanden sein, auch im Winter während der Unterrichtsstunden frische Luft zuzuführen.

Schulrat Sieber: Ich möchte zu bedenken geben, daß diese Vorschrift für die Kinder, die am Fenster sitzen, sehr nachteilig wirken könnte; ich möchte deshalb die Annahme des vorgeschlagenen Zusatzes nicht empfehlen.

Dr. Rechholtz schlägt vor: „möchte“ statt „dürfen“ zu sagen; damit wird zum Ausdruck gebracht, daß es empfehlenswert ist, daß die Unterrichtsräume auch während des Unterrichts entlüftet werden.

Dr. Thiersch: Bei geeigneter Stellung der Klappfenster kann kein Zug entstehen; ich habe mich hiervon wiederholt überzeugt. Was die Fassung des Absatzes betrifft, so schließe ich mich der vom Herrn Kollegen Rechholtz vorgeschlagenen an.

Vorsitzender: Ich nehme an, daß Sie mit der vorgeschlagenen Fassung den Antrag annehmen.

Dr. Thiersch: Wir kommen jetzt zur Unterrichtshygiene. Ich möchte bemerken, daß ich mich bei der Abfassung des Zusatzes zu § 47 mit einem hervorragenden Schulmann ins Benehmen gesetzt habe, der diese Fassung von Anfang bis Ende gebilligt hat. Das ist deswegen von Wichtigkeit, weil es sich um pädagogische Fragen handelt, über die wir ein abschließendes Urteil nicht haben können. Hinsichtlich der Zahl der Unterrichtsstunden soll § 47 in Zukunft lauten:

Im ersten Schuljahr soll die Zahl der wöchentlichen Schulstunden nicht über 12 (bisher 20), in den beiden folgenden nicht über 16 (bisher 26) betragen und darf in den letzten Schuljahren 30 (bisher 40) nicht übersteigen.

Ich möchte aus meiner persönlichen Erfahrung hierzu bemerken, daß bei einer großen Reihe von Untersuchungen in einer größeren Bezirksschule in Leipzig sich die meisten kränklichen Kinder in den ersten drei Schuljahren befanden, und daß es dann plötzlich besser wird. Wir müssen auch mit der Tatsache rechnen, daß heute mehr kranke und schwache Kinder in die Schule kommen, als früher. Nun ist durch die Praxis die Zahl der Schulstunden schon bedeutend herabgesetzt worden; sie beträgt in den untersten Klassen wohl nicht über 14, jedenfalls aber nicht bis zu 20 Stunden, was früher der Fall gewesen ist. Diese Zahlen, die wir vorgeschlagen haben, sind eine Art Kompromiß zwischen pädagogischer und gesundheitlicher Forderung. Turn- und Handarbeitsunterricht soll mit eingerechnet werden.

Vorsitzender: Wünscht jemand hierzu zu sprechen? Es ist nicht der Fall. Hat jemand gegen diese Stundenzahl etwas einzuwenden? Es ist nicht der Fall; der Vorschlag ist angenommen.

Dr. Thiersch: § 48 bestimmt den Unterrichtsanfang, der jetzt während des Sommerhalbjahrs in den Volksschulen auf dem Lande der Unterricht für Schüler von 10 bis 14 Jahren nicht vor morgens 6 Uhr, für die jüngeren oder entfernter wohnenden nicht vor 7 Uhr beginnen soll. Wir wollen dafür sagen:

„Während des Sommerhalbjahres soll der Unterricht nicht vor 7 Uhr, im Winter nicht vor 8 Uhr beginnen; für Kinder des 1. und 2. Schuljahres im Sommer nicht vor 9 und im Winter nicht vor 10 Uhr“.

In den Großstädten ist dies meist schon der Fall; wir wollen mit dieser Vorschrift aber hauptsächlich auch für die Landkinder sorgen und als Grund-

satz aufstellen, daß sie nicht schlechter gestellt sein sollen, als die Stadtkinder.

(Gegen den Vorschlag werden keine Einwendungen erhoben).

§ 49 lautet jetzt: „Zwischen dem vor- und nachmittägigen Unterricht soll für jede Klasse die Pause wenigstens 2 Stunden betragen". Wir wollen vorschlagen: .... „soll die Pause womöglich drei, keinesfalls weniger als zwei Stunden betragen". Daß die Mittagspause zwei Stunden beträgt, das ist nach unserer Meinung viel zu knapp; sie muß vielmehr wo es irgend angängig ist, auf drei Stunden erhöht werden.

Dr. Endler schlägt vor, daß hinter das Wort „nachmittägigen" die Worte eingefügt werden „einschließlich etwaigen Konfirmandenunterrichts".

Er hatte den Fall erlebt, daß Kinder von 8 bis 1 Uhr Schulunterricht hatten und der Konfirmandenunterricht bereits um 2 Uhr begann, der auf zwei Stunden angesetzt war. Die Eltern haben sich daraufhin beschwert; die Schule konnte in der Sache aber nichts tun, und von der Kirchenbehörde wurde auf die Schulbehörde verwiesen. Das Vorkommen derartiger Fälle soll durch den Vorschlag verhütet werden.

Vorsitzender: Das kann nicht durch Schulgesetz, sondern durch die kirchlichen Behörden geregelt werden. Ist jemand für den Antrag des Endler? Es ist nicht der Fall. Im Prinzip sind wir ja wohl alle dafür, aber es ist untunlich, das in das Gesetz hineinzubringen. Wir können dies wohl als besonderen Wunsch aussprechen, damit die Kirchenbehörde darauf Rücksicht nimmt.

Dr. Thiersch: Betreffs der Zusammenlegung der Unterrichtsstunden (§ 49 Abs. 2) schlagen wir folgende Fassung vor:

„Die Zusammenlegung des Unterrichtes auf den Vormittag ist, wenn nicht pädagogische Gründe dagegen sprechen, unter der Voraussetzung zulässig, daß er fünf Stunden nicht übersteigt und daß die Gesamtdauer der Pausen mindestens 60 Minuten beträgt.

Sowohl bei ungeteiltem Vormittagsunterricht, als auch bei Beibehaltung des Nachmittagsunterrichtes ist die Länge der Pausen so zu bemessen, daß in jeder Pause der Hof benutzt werden kann."

Die Zahl von 60 Minuten ist nach den höheren Schulen zusammengestellt, aber man muß dies auch für die Volksschulen fordern; ich kenne wenigstens keinen Grund, warum man das nicht tun soll. Was den zweiten Absatz betrifft, daß die Länge der Pausen so bemessen werden muß, daß der Hof benutzt werden kann, so ist die Frage um so schwieriger, wenn man bedenkt, daß die Entleerung des Schulgebäudes mit seiner Größe zusammenhängt. Ich halte es für wichtig, daß wir daran festhalten, daß in jeder Pause, auch in der Pause nach der ersten Stunde, der Hof benutzt werden kann.

Dr. Stahl: Wir wissen, daß der Kurzsichtigkeit vorgebeugt wird nicht allein durch eine gute Beleuchtung, sondern auch durch eine genügende Abwechselung von Nah- und Fernarbeit. Wir sind so stark in pädagogische Fragen hineingekommen, daß ich bei dieser wichtigen gesundheitlichen Frage diesen Punkt nicht übergeben möchte. Es liegt sicher im Interesse der Schule und der körperlichen Ausbildung des Kindes, weil bei der nötigen Abwechslung von Nah- und Fernarbeit auch eine körperliche Erleichterung beim Kinde eintritt. Vielleicht wäre es zweckmäßig darauf hinzuweisen, daß es als erwünscht erscheint, daß, soweit es pädagogisch möglich ist, die Abwechslung von Nah- und Fernunterricht im Unterrichtsplan berücksichtigt wird.

Schulrat Sieber: Bei technischen Fächern kommt es oft vor, daß zwei Stunden zusammengelegt werden müssen, aber es handelt sich nur um einzelne Fächer. Auf dem Lande kommt noch dazu, daß die Nadelarbeiten etc. deswegen zusammengelegt werden müssen, als dazu Kinder von mehreren Orten zusammenkommen, die an dem Unterricht teilnehmen müssen.

Dr. Stahl: Wir haben früher auf dem Gymnasium manchmal 4 Stunden hintereinander in einem Abstand von 30 bis 40 cm vom Buch entfernt sitzen müssen; umgekehrt lag auch die Fernarbeit in den verschiedenen Fächern wieder zusammen. Die Kurzsichtigkeit wird dadurch sehr gefördert. Ich halte es deshalb doch für zweckmäßig, daß man im Unterrichtsplan die Abwechslung zwischen Nah- und Fernunterricht mehr als bisher berücksichtigt, verzichte aber darauf, einen bestimmten Antrag zu stellen.

Dr. Thiersch: Ich möchte noch zu dem Absatz 2 den Satz angehängt wissen: „Bei ländlichen Verhältnissen können Ausnahmen zugelassen werden."

Vorsitzender: Hat jemand etwas dagegen einzuwenden, daß dieser Zusatz noch gemacht wird?

Es ist nicht der Fall; er ist angenommen. Wir gehen dann weiter zur Diskussion über

die Vorschläge unter III. Verordnung, die Anlage und Einrichtung der Aborte in den Schulgebäuden betr.

Dr. Thiersch: Die meisten Bestimmungen können hier unverändert bleiben, nur in einzelnen Punkten haben wir Zusätze gemacht, und zwar zunächst zu Absatz 2:

„Zu diesem Zweck hat jeder Abort womöglich ein eigenes an der Umfassung gelegenes, leicht zu öffnendes Fenster zu erhalten. Wo dies nicht angängig, sind die Aborte durch Oberlichter in ausreichendem Maße zu erhellen."

Selbst bei modernen Schulen findet man immer wieder, daß die Aborträume nicht genügend beleuchtet, sondern sehr oft vollständig dunkel und deswegen verschmutzt sind. Wo kein Licht hinkommt, da ist auch keine Reinlichkeit. Es ist deshalb notwendig, daß wir vollständig helle Aborte haben.

Zu Absatz 3 kommt folgender Zusatz:

„Innerhalb der Schulgebäude können sie nur dann angelegt werden, wenn durch geeignete Vorrichtungen (Wasserspülung, Oelpissoirs, luftige Vorräume) das Eindringen von jeglichem Abortgeruch verhindert wird."

Das ist der alte Streitpunkt, ob die Aborte im Schulgebäude selbst eingerichtet werden können. Ich bekenne mich als einen Anhänger dieser Richtung, wenn dafür gesorgt wird, daß die Abortgerüche vermieden werden. Auch die Kommission hat sich dieser Ansicht angeschlossen.

Dr. Stahl: Vielleicht könnte die Fassung etwas anders lauten: Bei Anlage von Aborten innerhalb der Schulgebäude ist das Eindringen von jeglichem Abortgeruch zu verhindern." Wenn wir die Fassung so lassen, wie es hier steht, wird es den Bezirksärzten sehr schwer fallen, aus dem Hof die Aborte in das Hauptgebäude hineinzubringen. Wenn die Grube dicht abgedeckt wird und die Abzugsrohre dicht sind, so ist ein Geruch ganz ausgeschlossen.

Dr. v. Schröter: Ich bin dafür, daß die Aborte aus dem Schulgebäude herauskommen; denn für eine derartige große Schülerzahl läßt sich eine vollständige einwandfreie Aborteinrichtung im Schulgebäude nicht schaffen. Man muß immer mit Verschmutzungen seitens der Schulkinder rechnen.

Dr. Leonhardt: Wir in Dresden legen alle Aborte in das Schulhaus; allerdings erfordert das reichliche Wasserspülung und Oelung. Letztere ist dabei schon eine ziemlich unsichere Sache; wir beabsichtigen deshalb in Zukunft nur noch die Wasserspülung anzuwenden, wenn auch der Betrieb mit erheblichen Kosten verbunden ist.

Dr. Petzholdt: Ich würde es nur mit Freuden begrüßen, wenn die Aborte aus der Schule herauskommen. Es ist ein großer Unterschied zwischen einem Abort für die Familie und einem Schulabort. Die Kinder machen die Deckel in den seltensten Fällen zu. Es liegt Papier und noch was anderes herum; das riecht fürchterlich. Ich bin entschieden gegen die Anlage der Aborte im Schulgebäude selbst.

Dr. Thiersch legt den Hauptnachdruck darauf, daß man die Anlage der Aborte in den Schulgebäuden nicht empfiehlt. Es soll nur der schroffe Standpunkt von früher, daß sie überhaupt nicht im Schulgebäude geduldet werden können, beseitigt werden. Die Verlegung der Aborte ins Schulhaus soll auch nur unter der Voraussetzung zugelassen werden, daß der Abortgeruch vollständig beseitigt ist.

Dr. v. Schröter: Um den Abortgeruch wirklich so zu beseitigen, daß er nicht störend wirkt, sind so kostspielige Vorrichtungen für den Betrieb nötig, z. B. die permanente Wasserspülung, daß die Gemeinde, namentlich wenn es sich um eine kleinere Gemeinde handelt, das auf die Dauer nicht leisten

kann. Es ist deshalb schon besser, man legt den Abort gleich auf dem Hof an.

Vorsitzender: Ich kann diese Bedenken nicht teilen. Ich bin der Ansicht, daß der Zusatz ruhig angenommen werden kann.

Sind die Herren damit einverstanden?

Der Zusatz ist angenommen.

Dr. Thiersch: Absatz 3 lautete bisher: „Können dieselben nicht außerhalb des Hauses angelegt werden, so sind sie ebenso wie die zu den Wohnungen gehörigen an eine Umfassungsmauer des Gebäudes zu legen und mit in das Freie führenden Fenstern zu versehen." Diese Fassung scheint mir ziemlich radikal. Ich möchte mehr zum Ausdruck gebracht haben, daß die Aborte an die Umfassungsmauer des Gebäudes gelegt werden können.

(Zuruf: Das ist schon Bauvorschrift.)

Im Baugesetz ist das nicht klar ausgedrückt. Der Begriff der Umfassungsmauer ist nicht ganz klar.

Vorsitzender: Ich glaube, wir brauchen uns darüber nicht weiter zu unterhalten. Hat jemand etwas dagegen, daß die Worte „Können — so sind" im Absatz 3 gestrichen werden? Der Vorschlag ist angenommen.

Dr. Thiersch: „Alle Aborte sind, wenn irgend möglich, heizbar einzurichten." Das halte ich auch für eine ausgezeichnete gesundheitliche Forderung, die wir im Interesse der vielen Kinder und Lehrer stellen müssen. Da, wo Zentralheizung ist, läßt sich das ganz gut einrichten; wo eine solche fehlt, sind Oefen aufzustellen. Ich glaube, die Forderung können wir in dieser Fassung aufstellen.

Vorsitzender: Die Entlüftung ist zweifellos besser, wenn die Aborte geheizt werden. Es ist ja keine bestimmte Forderung, da ja gesagt ist „wenn möglich". Ich glaube, wir können den Satz ruhig hineinbringen. Es hat wohl niemand etwas dagegen.

Dr. Petzholdt: Ich möchte fragen, wie es bezüglich der Waschgelegenheit in Aborten gehalten werden soll.

Dr. Thiersch: Die Waschgelegenheit in Aborten können wir nachher bei dem nächsten Punkt behandeln.

Der Vorschlag betreffs Heizbarkeit des Abortes wird angenommen.

Es folgt die Diskussion über

sonstige Forderungen (Vorschläge A, B und C).

Dr. Thiersch: In den Schulen ist für ausreichende Trinkgelegenheit zu sorgen; auf welche Weise diese bewirkt wird, kann den einzelnen Schulen überlassen bleiben.

(Es hat niemand etwas dagegen.)

In bezug auf Waschgelegenheit wird von uns unter B. gefordert:

„Den Kindern ist Gelegenheit zum Reinigen der Hände zu geben. Hierfür sind, am besten durch Anschluß an die Wasserleitung, für jeden Unterrichtsraum mindestens zwei Waschbecken, ferner Seife und Handtuch in der Klasse oder außerhalb bereit zu halten."

Dieser Punkt ist nach meiner Meinung einer der allerwichtigsten schulhygienischen Forderungen. Die Kinder beschmutzen mit ihren Fingern, wenn sie eben das Butterbrot gegessen haben, die Schulbücher etc. Es muß ihnen deshalb Gelegenheit gegeben werden, die Hände zu waschen. Diese Frage ist aber technisch sehr schwer zu lösen. Besondere Waschbecken in den älteren Schulen einzubauen, ist nur mit großen Kosten verbunden. Ich habe mich mit dieser Frage wiederholt eingehend beschäftigt, mir Kostenanschläge machen lassen etc.; die Sache hat sich als sehr kostspielig herausgestellt. Wenn eine Schule neu gebaut wird und Wasserleitung hat, geht es allerdings ganz gut.

Die Frage, wie es sich am besten einrichten läßt, daß sich die Kinder wenigstens einmal vormittags die Hände waschen können, und zwar unter Aufsicht, ist also sehr schwer zu lösen. Will man die Waschgelegenheit auf dem Abort anlegen, ist nicht die richtige Zeit und keine Aufsicht vorhanden. Dieselbe Schwierigkeit besteht bei einer Errichtung auf dem Korridor. Am besten ist es, wenn die Waschbecken in der Klasse selbst angebracht werden; das dürfte die wenigsten Schwierigkeiten bieten, denn die Becken sind leicht an einer geeigneten Stelle unterzubringen.

Ich habe übrigens sehr wenige Schulen gefunden, die geeignete Waschgelegenheit haben; selbst in großen modernen Schulen ist dies nicht der Fall.

Dr. Leonhardt: Wir haben uns in Dresden schon seit Jahren mit der Handwaschgelegenheitsfrage beschäftigt und bauen neuerdings in den Abortvorräumen Waschgelegenheiten ein. Es hat großer Mühe bedurft, ehe sich die städtischen Körperschaften dazu bereit fanden, die Mittel hierfür zu bewilligen, denn die Kosten sind nicht gering. Ich habe damals ausgeführt, daß Waschgelegenheiten gerade an den Bezirksschulen, wo man sie am allerwenigsten haben wollte, am notwendigsten sind. Ich habe darauf hingewiesen, daß gerade die Bezirksschüler, wenn sie erwachsen sind, Berufe ausüben, bei denen unbedingte Reinlichkeit vor allem notwendig ist, z. B. Friseure, Bäcker, Fleischer etc. Wie schön ist es, wenn man das Gefühl hat, daß diese Leute von der Schule aus an die Reinlichkeit gewöhnt sind. Die Waschgelegenheiten, die wir jetzt in den Schulräumen haben anbringen lassen, werden von den Kindern sehr viel benutzt. Große Schwierigkeiten bereitet auch die Handtuchfrage, die fast unlösbar erscheint. Kinder sind meist, wenn ihnen die Eltern nicht ein kleines Handtuch mitgeben, auf das Taschentuch angewiesen, denn das große gemeinschaftliche Handtuch ist eine der unhygienischsten Einrichtungen, die es überhaupt gibt. Ich meine, wenn man auch in den Forderungen nicht so weit geht, wie es hier gesagt ist, so halte ich es doch für unbedingt notwendig, daß für Waschgelegenheit gesorgt wird.

Vorsitzender: Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß jetzt Papierhandtücher angefertigt werden, die bereits in den Schnellzügen eingeführt sind. Sie werden, soviel ich weiß, in Sachsen selbst hergestellt und sind sehr billig.

Wünscht noch jemand das Wort. Ich glaube, man kann die Forderung, daß mindestens 2 Waschbecken in jedem Unterrichtsraum vorhanden sein müssen, ruhig stehen lassen.

(Der Antrag wird in der vorgeschlagenen Fassung angenommen.)

Ich wollte noch eins erwähnen, nämlich die Spucknäpfe. Es gibt seit nicht langer Zeit nun auch Spucknäpfe mit Wasserspülung, die verhältnismäßig einfach eingerichtet sind: Man klappt auf, spukt hinein, klappt wieder zu und das Sputum wird weiter gespült. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß die Schulhausmänner die Spucknäpfe überhaupt nicht reinigen; das ist erklärlich, der Mensch ekelt sich eben vielmehr vor Sputum, als vor Fäzes. Es ist da immer ein ständiger Kampf. Deshalb dürften Spucknäpfe mit Wasserspülung sehr zu empfehlen sein.

Dr. Thiersch: Ich möche bitten, die Spucknapffrage nicht anzurühren. Meiner Ansicht nach gibt es überhaupt nur sehr wenige Kinder, die spucken. Tun sie es, so verschlucken sie das Sputum oder spucken ins Taschentuch.

Punkt C hängt eigentlich nicht mit den übrigen Sachen zusammen. Er ist im Anschluß an Unterrichtshygiene gedacht. Der Vorschlag lautet: „In größeren Städten ist ein Nachmittag in der Woche für gemeinsame Spiele oder Ausflüge freizulassen.“ Das entspricht einer Forderung, deren Erfüllung sich anderwärts schon sehr gut bewährt hat und die von allen denjenigen gestellt wird, die sich mit schulhygienischen Fragen beschäftigen.

Schulrat Sieber: Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß bereits zwei freie Nachmittage in der Woche bestehen. Ich glaube, sie denken sich die Sache so, daß einer der bereits bestehenden freien Nachmittage für Spiele und Ausflüge eingerichtet wird, und daß die Schüler verpflichtet sind, daran teilzunehmen.

Vorsitzender: Ich glaube, man kann diesen Satz als Wunsch bestehen lassen. Sie sind damit einverstanden.

Dr. Endler frägt mit Rücksicht auf seinen Bezirk an, ob die Baupolizeibehörde berechtigt ist, Ausnahmen zu bewilligen bei Neubauten von Schulgebäuden hinsichtlich der Größe der Zimmer und Fenster. Die Neubauten werden jetzt wesentlich beeinflußt werden von der Heimatschutzrichtung; die Architekten lieben es deshalb mehr in die Fläche, als in die Höhe zu bauen. Bei dieser Gelegenheit kommen sie besonders bei einklassigen Schulhäusern in gewisse Verlegenheit hinsichtlich der Größe. Sie suchen infolgedessen die Höhe herabzudrücken, wodurch die Fensterscheiben ziemlich hoch hinaufgezogen werden. Die Baupolizeibehörde neigt gern dahin, diesen Heimat-

schutzbestrebungen entgegenzukommen, während wieder der Gesundheitsbeamte die gesundheitlichen Interessen in den Vordergrund rücken muß.

Vorsitzender: In der Ausführungsverordnung zum Baugesetz steht daß die Schulgesetze als besondere Gesetze beachtet werden müssen.

Dr. Endler: Darauf habe ich mich auch gestützt, es ist das aber bezweifelt worden, weil im Baugesetz nur steht „soll“, und es danach in das Ermessen der Baupolizeibehörde gestellt wird, ob sie das Schulgesetz beachtet oder nicht; es müßte deshalb „muß“ heißen. Ich möchte daher den Antrag stellen, daß das Wort „soll“ im § 10 der Verordnung vom 3. April 1873 in „muß“ umgeändert wird.

Vorsitzender: Es würde der Passus dann lauten: „Die Gesamtfläche der lichten Fenster . . . . muß etc.“

Das gleiche würde im 3. Absatz geändert werden müssen.

(Die vorgeschlagene Aenderung wird angenommen.)

Wir sind mit diesem Punkt nun zu Ende; ich danke den beiden Referenten und der ernannten Kommission für ihre Mühe und Arbeit.

IV. Bericht der Rechnungsrevisoren.

Dr. Schmidt: Die Abrechnung, sowie die Kasse sind für richtig befunden worden.

Vorsitzender: Ich glaube, Sie sind alle damit einverstanden, wenn wir dem Herrn Kassenführer Entlastung erteilen.

V. Gesuch an das Ministerium des Innern, betreffend Erhöhung des Dienstaufwandes. Verschiedenes.

Der Vorsitzende verliest das Gesuch und fragt, ob jemand etwas dagegen einzuwenden hat. Die Versammlung erklärt sich damit einverstanden.

Dr. von Mücke: Ich weiß nicht, ob es Ihnen bekannt ist, daß vom 1. Juni die Portoverhältnisse bezgl. der Meldung von Infektionskrankheiten abgeändert werden sollen. Mir ist bereits vor einigen Tagen eine derartige Meldung zugegangen, die bisher von auswärts 10 Pfg., für das Stadtgebiet 5 Pfg. kostete, während jetzt 20 Pfg. bezw. 10 Pfg. gefordert werden. Ich verweigerte natürlich die Annahme; da ist mir dann mitgeteilt, daß die portopflichtige Dienstsache in Zukunft mit Strafporto belegt werden soll. Wenn ich nun ungefähr im Jahre 300 bis 400 derartige Zusendungen bekomme — es können auch noch mehr sein —, so werde ich dafür das Doppelte als bisher bezahlen müssen. Es ist dies eine ganz wesentliche Mehrbelastung. Es wird sich nun darum handeln, ob diese Bestimmung überhaupt zu Recht besteht, oder ob nicht das Königliche Ministerium des Innern in wohlwollender Weise die Bestimmung gehandhabt zu sehen wünscht, damit wir wieder den Zustand bekommen, wie vorher. Vielleicht kann sich einer der Herren zu der Frage äußern.

Reg.-Rat Zobel: Es handelt sich um die Anzeigen, die nicht nach dem Seuchengesetz zu erstatten sind, sondern nach unseren Bestimmungen. Es ist richtig, das Reichspostamt steht auf dem Standpunkt, daß derartige Meldungen als portopflichtige Dienstsache unzulässig sind und daß demzufolge der betreffende Adressat Strafporto zu bezahlen hat. Es sind Erwägungen eingeleitet worden, daß diese Anzeigen vielleicht an die Ortspolizeibehörde gelangen sollen. Definitive Beschlüsse sind aber noch nicht gefaßt worden.

Dr. Rechholtz: Ich wollte das nur bestätigen, was Herr Kollege v. Mücke gesagt hat. Unser Bezirksverein, der am nächsten Sonnabend Sitzung hat, wird beschließen, sich mit den anderen Bezirksvereinen ins Einvernehmen zu setzen und vorstellig zu werden, wie es künftighin gehandhabt werden soll.

Vorsitzender: Man könnte die portopflichtige Dienstsache einfach mit einem Stempel versehen.

Reg.-Rat Zobel: Das ist alles schon geprüft worden. Es geht nicht; das Reichspostamt weigert sich hierzu. Es läßt diese portopflichtigen Dienstsachen nur noch zu, soweit es sich um das Reichsseuchengesetz handelt, und nur an die Polizeibehörden.

Dr. Thiersch: Ich möchte noch den Wunsch aussprechen, daß den Bezirksärzten nach wie vor diese Anzeigen direkt zugehen, damit

keine Verzögerung entsteht. Wie sollen wir Typhusfälle behandeln, wenn wir erst die Anzeigen durch die Polizei bekommen?

Reg.-Rat Zobel: Wenn wir die Vorschrift bei der Cholera haben, müßten wir sie beim Typhus auch bekommen. Wir haben übrigens die Sache ans Landesmedizinalkollegium gegeben; das wird sich noch darüber aussprechen. Es käme noch in Erwägung, daß man den Aerzten vorschriebe, diese Anzeigen zu frankieren. Es wird aber auch schwer sein, das durchzuführen.

Vorsitzender: In Preußen ist das viel besser; nach dem Portoablösungsvertrag sind dort die Anzeigen portofrei, ebenso in den kleineren Staaten.

Ich wollte Ihnen zur Eingabe betr. die Erhöhung des Dienstaufwandes verschiedenes sagen. Ich will nicht erzählen, welche Erfahrungen ich mit den Schreiblehrlingen gemacht habe; sie sind geradezu haarsträubend; man glaubt es nicht, was einem dabei alles passieren kann. Es ist wirklich ein Notstand, in dem wir leben. Bedenken Sie nur einmal, wenn mir mein Hauswirt in Plauen jetzt kündigen würde, müßte ich meine Expedition von meiner Wohnung trennen, denn ich bekomme in Plauen keine solche Wohnung mehr. Die Expedition und das Archiv sind so umfangreich geworden, daß ich die Sachen sonst gar nicht mehr unterbringen kann. Was soll ich ohne Schreibhilfe machen? Es sind ganz erhebliche Summen, die ich bezahle für Schreibhilfe, Reinemachen, Licht etc. Woher soll ich diese nehmen? Ich muß sie einfach von meinem Gehalt bezahlen, den ich noch extra besteuern muß. Ich habe versucht, die Summe, die ich für diese Sachen und für Reisen aufwenden muß, von der Steuer abzuziehen; das ist glattweg abgelehnt worden.

Auch mit den Büchern sind wir schlecht bestellt. Ich halte mir verschiedene Zeitschriften aus meiner eigenen Tasche; die Zeitschriften der Kreishauptmannschaft nützen mir gar nichts. Die bekomme ich auf ein paar Wochen, und ehe ich dazu gekommen bin, sie durchzulesen, mußte ich sie schon wieder weiter geben. Alle Behörden in Sachsen bekommen Bibliothek-Aufwand, nur wir nicht. Gewöhnliche Expeditionen bekommen 120 Mark für Zeitschriften; wir Bezirksärzte müssen unseren Aufwand an Büchern selbst bestreiten. Sie bleiben zwar unser Eigentum; aber was wird später für solche Bücher wiedergegeben? Ich habe das Glück gehabt, von meinem Vater eine große Bibliothek geerbt zu haben. Ich kann darin etwas nachsehen. Aber wenn ich das nicht hätte! In den meisten Städten, in denen die Bezirksärzte ihren Sitz haben, gibt es keine Bibliothek. Auch in dieser Beziehung sind wir schlecht gestellt und müssen vieles aus unserer eigenen Tasche bezahlen. Und wie notwendig ist es, sich auf allen Gebieten auf dem laufenden zu halten, besonders in einer Stadt, wo täglich neue Fälle an einen herantreten. Wir müssen jeden Augenblick in der Lage sein, uns in Büchern etc. informieren zu können. Wir sind darin wirklich schlecht gestellt.

Hat jemand noch etwas zu erwähnen?

Dr. Endler fragt an, ob neue gedruckte Dienstanweisungen für die Leichenfrauen erscheinen.

Reg.-Rat Zobel: Das ist nicht beabsichtigt.

Dr. Endler: Bis jetzt war es üblich, daß jede Leichenfrau eine solche gedruckte Dienstanweisung erhielt.

Reg.-Rat Zobel: Die Aenderungen sind nicht so groß; man kann sie leicht selbst nachtragen.

Dr. Petzholdt fragt: Wie es sich mit den antikonseptionellen Mitteln verhält und unter welchen Gesetzesparagraphen diese fallen?

Vorsitzender: Darüber hat das Reichsgericht kürzlich eine wichtige Entscheidung getroffen; sie ist in der Sammlung der Reichsgerichtsurteile und auch in den Mitteilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamtes zu finden.

Vorsitzender: Es hat niemand mehr um das Wort gebeten. Ich schließe die Sitzung und danke Ihnen verbindlichst für Ihr Erscheinen und Ihre rege Teilnahme.

Schluss: 2½ Uhr.

Bericht über die vom 13. bis 15. September in Dresden abgehaltene XXXVI. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege.

Die Sitzungen der gut besuchten Versammlung (es waren etwa 500 Mitglieder erschienen), wurden im großen Saale des Gewerbehauses abgehalten und von dem derzeitigen Vorsitzenden, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth, Reg.- und Med.-Rat in Potsdam, geleitet.

Erster Sitzungstag: Mittwoch, den 13. September 1911.

In seiner Eröffnungsrede gedachte der Vorsitzende zunächst in warmen Worten des verstorbenen Mitbegründers und Ehrenmitgliedes des Vereins, Geh. San.-Rats Prof. Dr. Lent-Cöln, begrüßte sodann den Minister des Innern Graf Vitztum v. Eckstädt und den Kultusminister Beck als Vertreter der Königl. Sächsischen Regierung, den Oberbürgermeister Beutler als Vertreter der Stadt sowie die übrigen erschienenen Gäste und sprach seine besondere Freude aus, Herrn Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Pistor-Berlin, der dem Verein seit seiner Begründung angehört, seit Jahren das Vereinsorgan, die Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, herausgegeben und fast in keiner Versammlung gefehlt habe, auch in der diesjährigen Versammlung in voller körperlicher und geistiger Frische begrüßen zu können. Es folgte hierauf die Begrüßung der Versammlung durch Se. Exzellenz Graf Vitztum v. Eckstädt im Namen der Staatsregierung und durch Herrn Oberbürgermeister Beutler im Namen der Stadt Dresden. Nach Erstattung des Geschäftsberichts wurde dann in die Tagesordnung eingetreten. Bemerkt sei gleich an dieser Stelle, daß in der Schlußsitzung für die satzungsmäßig ausscheidenden Vorstandsmitglieder: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roth, Stadtbaurat v. Scholtz und Geh. Reg.-Rat Pütter die Herren Geh. Ob.-Med.-Rat Dr. Abel-Berlin, Oberingenieur Sperber-Hamburg und Oberbürgermeister Fuß-Kiel gewählt wurden; die nächste Versammlung wird voraussichtlich in Breslau stattfinden.

1. Die Ergebnisse der Städtebauausstellungen im Jahre 1910.

Der Referent, Landesbeirat a. D. Rehorst, Beigeordneter der Stadt Cöln hatte seine Ausführungen in folgende Leitsätze zusammengefaßt:

„1. Die Allgemeine Städtebauausstellung zu Berlin 1910 und die aus ihr hervorgegangene Ausstellung zu Düsseldorf gaben zum ersten Male einen systematischen Ueberblick, wie weit die von dem Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege seit einer langen Reihe von Jahren vertretenen, den Städtebau betreffenden Grundsätze zur Hebung der Volksgesundheit Anwendung gefunden haben, und legten, namentlich auch durch die Möglichkeit des Vergleichs mit ausländischen Leistungen deutlich dar, auf welchen Gebieten weitere Arbeit erforderlich ist.

2. Die noch nicht überall durchgedrungene Erkenntnis, daß Planlosigkeit im Städtebau oder in der Bearbeitung der Bebauungspläne durch nicht hinlänglich befähigte Kräfte die Entwicklung der Städte nicht nur in ästhetischer und wirtschaftlicher, sondern vor allem auch in gesundheitlicher Beziehung schwer schädigt, ist durch die Städtebauausstellungen wesentlich gefördert worden.

3. Da das Element jeder Wohnsiedelung das Haus und dessen gute Gestaltung Vorbedingung für gesundes Wohnen ist, ist die Aufstellung der Bebauungspläne in erster Linie in die Hand des Architekten zu legen, der sich zur Mitarbeit mit Ingenieur, Hygieniker und Volkswirt verbinden muß.

4. Grundbedingung für eine in gesundheitlicher Beziehung möglichst günstige Stadtentwicklung ist die Aufstellung eines der nächsten Zukunft vorauseilenden, wenigstens in den Hauptzügen festzulegenden Bebauungsplans. Die Beschränkung auf Feststellung von nur dem unmittelbaren Bedürfnisse genügenden Fluchtlinienplänen zeigt nur unter Aufwendung sehr erheblicher Geldmittel wieder gutzumachende Fehler.

5. Gewähr für in hygienischer Beziehung gute Bearbeitung und Verwirklichung der Bebauungspläne ist nur durch stetes Handinhandarbeiten von Baupolizei und Städtebau gegeben. Die Bauordnung soll gewissermaßen eine Ergänzung und Erläuterung des Bebauungsplans bilden, ihre Handhabung seitens der Behörde soll mehr eine beratende als eine polizeiliche sein.

6. Bebauungsplan und Bauordnung müssen zusammenwirken, gute Wohn-

bezirke zu schaffen. Daher möglichst strenge Gliederung der Straßen nach Verkehrs-, Geschäfts- und Wohnstraßen. Freihaltung der Wohnbezirke von die Gesundheit beeinträchtigenden Industriebetrieben.

7. Da die Gesundheitsverhältnisse sich mit der Steigerung der Bevölkerungsdichtigkeit verschlechtern, ist auf möglichste Beschränkung der Bevölkerungsdichtigkeit nachdrücklichst hinzuwirken.

8. Bei Festsetzung der hierauf abzielenden Staffelbauordnungen ist zu berücksichtigen, daß etwa 80 % der Stadtbevölkerung auf Kleinwohnungen angewiesen sind. Es muß daher erstrebt werden, den minderbemittelten Bevölkerungsklassen gesunde und bezüglich des Mietpreises zum Einkommen in angemessenem Verhältnisse stehende Wohnungen zu schaffen.

9. Da das Massenmiethaus — die an sich ungünstige Wohnform — sich in Großstädten nicht ganz ausmerzen läßt, so ist einerseits dahin zu wirken, daß es nach Grundriß und Aufbau eine hygienisch möglichst günstige Gestaltung erfährt, andererseits, daß seine Ausdehnung nur auf bestimmte Stadtgebiete beschränkt bleibt und an seine Stelle das Haus für beschränkte Familienzahl, soweit irgend möglich das Einfamilienhaus tritt.

10. Der bisher in vielen Großstädten verbreitete Grundrißtypus des Massenmiethauses mit Seitenflügel ist wegen der mangelnden Querdurchlüftung der Wohnungen unhygienisch und daher zu bekämpfen. Auf den Bau von Seitenflügeln wird um so leichter verzichtet werden können, als er unwirtschaftlich ist.

11. Auch der Bau von Hinterhäusern ist durch entsprechende Bemessung der Baublocktiefen und durch Bestimmungen der Bauordnung nach Möglichkeit zu beschränken. Kann auf ihn nicht verzichtet werden, so ist die Höhenentwicklung der Hinterhäuser und deren Abstand von benachbarten Bauten so zu bemessen, daß für alle Wohnungen reichliche Licht- und Luftzufuhr dauernd gewährleistet wird.

12. Besondere Beachtung verdienen die auf den Städtebauausstellungen von verschiedenen Seiten zur Darstellung gebrachten Vorschläge zur Schaffung größerer Freiflächen und Lufträume im Inneren der Baublöcke.

13. Nachdrücklichste Förderung verdienen alle auf die Einrichtung von Kleinhäusern gerichteten Bestrebungen, insbesondere diejenigen der Deutschen Gartenstadtgesellschaft.

14. Bei der Aufstellung der Bebauungspläne und Staffelbauordnungen ist darauf Bedacht zu nehmen, daß Kleinwohnungsbauten nicht lediglich an die äußerste Peripherie der Städte verwiesen werden.

15. Eine der wichtigsten Ergebnisse der Städtebauausstellungen ist die Erkenntnis, daß wir in Deutschland bei der Aufstellung der Bebauungspläne bisher noch nicht hinreichend für die Durchdringung unserer Städte mit Frei- und Grünflächen gesorgt haben.

16. Es ist nicht nur durch weises Haushalten mit den Straßenbreiten die Anlage zahlreicher kleiner Spiel- und Gartenplätze inmitten der von Verkehrsstraßen umschlossenen Bauquartiere im Rahmen des für die Anlage von Straßen und Plätzen nach den gesetzlichen Bestimmungen zur Verfügung stehenden Landes zu ermöglichen, sondern es sind auch vor allem größere Parkflächen in angemessenen Abständen über das Bebauungsgebiet zu verteilen.
Diese sind möglichst durch Parkstreifen untereinander in Verbindung zu bringen.

17. Es ist dringend zu wünschen, daß die Städte möglichst große Flächen der sie umgebenden Waldbestände in ihren Besitz bringen, weil nur dann die Möglichkeit ihrer im Interesse der Volksgesundheit dringend notwendigen Erhaltung sichergestellt werden kann.

18. Es ist nicht nur die Schaffung von „Wald- und Wiesengürteln“ um die Städte zu erstreben, sondern es ist bei Aufstellung der Bebauungspläne insbesondere deren Verbindung mit dem Stadtkern durch Anlage radialer Parkstreifen vorzusehen.

19. Besonderer Wert ist auf die Anlage von bezüglich ihrer Größe in angemessenem Verhältnisse zu der Zahl der jugendlichen Bevölkerung stehenden Spielplätzen in verschiedenen Stadtgebieten zu legen.

20. Bei dem inneren Ausbau der Städte ist für die Aufstellung einer möglichst großen Zahl von öffentlichen Trinkbrunnen und Milchausschankstellen zwecks Bekämpfung des Alkoholismus Sorge zu tragen.

Auch auf die Schaffung einer angemessenen und entsprechend über das Stadtgebiet verteilten Zahl von öffentlichen Bedürfnisanstalten ist bereits bei Bearbeitung der Bebauungspläne Rücksicht zu nehmen.“

In der an den Vortrag sich anschließenden Diskussion sprach zunächst Geh. Baurat Prof. Genzmer-Dresden sein Bedenken gegen die Forderung aus, die Aufstellung von Bebauungsplänen in erster Linie in die Hand des Architekten zu legen sei. Es handelt sich hier um ein Grenzgebiet zwischen Architekt und Ingenieur; jeder von beiden müsse noch hinzulernen, ehe er dazu geeignet sei, Bebauungspläne zu entwerfen. Gerade in den Kreisen der Architekten sei das Verständnis für den Städtebau noch lange nicht genügend weit; es falle ihnen besonders schwer, bei Aufstellung der Bebauungspläne den Höhenverhältnissen des Geländes, den Anforderungen der Kanalisation usw. Rechnung zu tragen. Ein mit architektonischem Gefühl ausgestatteter Ingenieur sei für diese Arbeit ebenso befähigt wie ein Architekt, der jedoch volles Verständnis für die Aufgaben des Ingenieurs besitze müsse.

Baurat Redlich-Rixdorf fordert ebenso wie der Referent die Beseitigung der Seitenflügel, die nicht nur die Lüftung der in ihnen befindlichen Wohnungen, sondern auch den Zuzug guter Luft zu den Höfen verhindern. Die Anlage von Seitenflügeln bringe keineswegs eine Ersparung der Baukosten, sondern eher eine Erhöhung. Heute würden aber leider die Bauunternehmer durch die Bauvorschriften vielfach zur Anlage von Seitenflügeln gezwungen.

Justizrat Dr. Baumert-Spandau hält das Eigenhaus für das Ideal; es lasse sich nur nicht erreichen. Daß das Miethaus den Bewohnern den Hausfrieden nehme, sei übrigens nicht zutreffend.

Oberbürgermeister Gerhardt-Halberstadt spricht gegen schmale Straßen mit sehr hoher Randbebauung und verlangt größere Breite der Straßen durch Anlage von Vorgärten; der Fahrdamm selbst brauche nur so breit zu sein, daß er für den Verkehr eben ausreiche.

San.-Rat Dr. Friedemann-Schöneberg hält zwar das Eigenhaus für das Ideal; es sei aber schwer zu erreichen, da es auf dem Kubikmeter berechnet am teuersten komme. Vorgärten sind nach seiner Ansicht in Berlin in verkehrsreichen Straßen überflüssig; wo sie angelegt sind, sollten sie aber wenigstens eine Tiefe von mehr als 3 m haben.

In seinem Schlußwort hält der Referent daran fest, daß der Architekt in seiner Schulung besser für den Städtebau ausgerüstet sei als der Ingenieur, weil er Kunst- und Raumempfinden besitze. Er gibt aber zu, daß es sich um ein Grenzgebiet handelt. Nicht das Kleinhaus, sondern das freistehende Einzelhaus habe er als das teuerste bezeichnet; ebenso wie in großen amerikanischenStädten, z. B. in Philadelphia, wo etwa 80% der Bevölkerung in Kleinhäusern wohnen, müsse es auch in Deutschland möglich sein, den Minderbemittelten ein kleines Eigenhaus zu schaffen.

Zweiter Sitzungstag: Donnerstag, den 14. September.

2. Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten auf Grund neuerer wissenschaftlicher Forschungen. Referent: Prof. Dr. Lentz-Berlin.

Früher war der Kampf gegen die Infektionskrankheiten ausschließlich ein defensiver. Es ist das unsterbliche Verdienst Robert Kochs, daß er uns Mittel und Wege gewiesen hat, diesen Kampf auch offensiv zu gestalten. Die Entdeckung einer großen Anzahl von Krankheitserregern und der Nachweis ihrer spezifischen ätiologischen Bedeutung zog einen vollständigen Umschwung der Anschauungen über das Wesen und die Verbreitungsweise der Infektionskrankheiten nach sich. Die nun einsetzenden systematischen Untersuchungen sowohl bei den Kranken selbst, als auch bei ihrer gesund erscheinenden Umgebung ergaben, daß nicht nur der typisch Kranke den Infektionsstoff beherbergt, sondern daß sich vielmehr auch in der Umgebung der Kranken nicht selten eine oft erstaunlich große Zahl von Leichtkranken oder anscheinend an anderen Krankheiten Leidenden finden, deren Krankheit durch gleiche Krankheitserreger verursacht wird, wie die der typisch Kranken, und die in ihren Dejekten die gleichen Krankheitskeime ausscheiden, wie jene. Noch überraschender ist aber die Tatsache, daß nicht selten in der Umgebung Kranker sich Personen befinden, die, ohne das geringste Krankheitszeichen zu bieten, in ihren Dejekten Krankheitskeime

ausscheiden, die sogenannten „gesunden Keimträger." Die Ausscheidung der Keime kann bei diesen nur wenige Tage oder Wochen dauern und dann endgiltig aufhören oder aber sich über viele Monate und Jahre, ja bis an das Lebensende der betreffenden Personen, der sogen. „Dauerausscheider", erstrecken. Solche „Keimträger" und „Dauerausscheider" sind bereits bei einer ganzen Anzahl von Infektionskrankheiten festgestellt worden. Die von ihnen ausgeschiedenen Keime sind, wie eine ganze Reihe von Beispielen beweisen, geradeso infektiös, wie die von Kranken stammenden. Da diese gesunden Keimträger durch nichts in ihrer Bewegungsfreiheit behindert sind und ihnen gegenüber keine Vorsichtsmaßregeln beobachtet werden, so sind sie ganz besonders geeignet, Infektionskeime oft über große Entfernungen hin zu verschleppen und zur Entstehung von Epidemien an bisher seuchefreien Orten Veranlassung zu geben. So erklärt es sich auch, daß beim Ausbruch einer Epidemie es häufig nicht gelingt, die eigentliche Infektionsquelle zu ermitteln.

Die Uebertragung der Infektionskeime erfolgt bei einem großen Prozentsatz der Fälle unmittelbar von Infizierten auf den Gesunden. Häufig sind aber auch die Uebertragungen durch indirekten Kontakt, der dadurch vermittelt werden kann, daß Gegenstände von einem Kranken berührt und infiziert werden oder daß Infektionskeime durch unsaubere Gewohnheiten von Infizierten in der Außenwelt verbreitet werden. Gelangen solche Infektionskeime in Brunnen, Wasserleitungen, Milch (Molkereien) oder andere Nahrungsmittel, so kann das zur Entstehung von Masseninfektionen Anlaß geben. Die Uebertragung der Krankheitskeime durch Insekten spielt bei den bakteriellen Infektionskrankheiten nur eine untergeordnete Rolle; wichtig ist sie allein bei der Pest, deren Erreger durch den Pulex cheopis nicht nur von Ratte zu Ratte, sondern auch von der Ratte auf den Menschen übertragen wird. Die Rolle obligater Keimzwischenträger spielen Insekten dagegen bei einer großen Anzahl von Protozoenerkrankungen und von Erkrankungen an Erregern, die in die Klasse der sogenannten filtrierten Virusarten gehören. Hier müssen die Krankheitserreger im Insekt erst einen Generationswechsel durchmachen, ehe sie durch den Stich des Insekts wieder auf gesunde Individuen übertragen werden können.

Die erste Bedingung für die Bekämpfung der Infektionskrankheiten ist nach dem Gesagten die Ermittelung der Infektionsquellen. Sie muß sich auf eine strenge Durchführung der Meldepflicht stützen, die sich nicht nur auf den Kranken beschränken darf, sondern auch auf die Verdachtsfälle erstrecken muß, was in unseren Gesetzen leider noch nicht überall zum Ausdruck kommt. Durch genaue Nachforschung, eventuell an der Hand von Krankenkassen-, Schulversäumnis- und Sterbelisten, sowie durch eingehende bakteriologische Untersuchungen in der Umgebung des Kranken müssen dann möglichst alle Infizierten herausgefunden werden. Durch Einrichtung von bakteriologischen Untersuchungsanstalten und einfache Gestaltung der Materialeinsendung müssen diese Untersuchungen der beamteten und praktischen Aerzte gewährleistet werden. Durch Fortbildungskurse müssen die Aerzte über die Fortschritte der Wissenschaft auf dem Laufenden erhalten werden, während auf das Publikum durch belehrende Abhandlungen in den Tageszeitungen eingewirkt werden muß.

Auf die Sperrung der Grenzen und Militärkordons verzichtet die moderne Seuchenbekämpfung ganz. Der sicherste Schutz gegen die Einschleppung der bei uns nicht heimischen Krankheiten ist die Gewissenhaftigkeit unserer praktischen Aerzte und die Aufmerksamkeit unserer Behörden

Durch die Isolierung der infizierten Individuen, die Desinfektion ihrer Abgänge und durch geeignete Behandlung der Infizierten ist weiterhin die Vernichtung der von ihnen beherbergten oder ausgeschiedenen Infektionskeime anzustreben. Während es bei den bakteriellen Erkrankungen darauf ankommt, die Krankheitskeime durch gewissenhafte Durchführung der laufenden Desinfektion in dem Augenblick zu vernichten, in dem sie den Körper des infizierten Individuums verlassen, muß man bei den Protozoenerkrankungen danach streben, durch eine geeignete Behandlung die Infektionskeime im erkrankten Individuum abzutöten, um zu verhindern, daß sich Insekten an ihm infizieren. Durch Einrichtung zahlreicher guter Krankenhäuser wird bei uns die Durchführung aller dieser Maßnahmen immer mehr

erleichtert. Für die Beendigung der Isolierung und Desinfektion darf nicht die klinische Genesung, sondern nur der negative Ausfall der bakteriologischen Untersuchung nach erfolgter klinischer Genesung maßgebend sein. Schwierigkeiten erwachsen der Durchführung der Isolierung und Desinfektion jedoch gegenüber den gesunden Keimträgern; bei den Dauerausscheidern kann sie ganz unmöglich werden. Hier kommt alles darauf an, die Dauerausscheider von der Gefährlichkeit ihres Zustandes zu überzeugen und sie zur Beobachtung peinlichster Sauberkeit anzuhalten.

Vervollständigt wird der Kampf gegen die Infektionskrankheiten durch die Vernichtung der als Keimzwischenträger in Betracht kommenden Insekten in der Nähe menschlicher Behausungen. Der Verbesserung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse, der einwandfreien Beseitigung der Abfallstoffe durch Einrichtung guter Aborte und Kanalisation sowie der Beschaffung guten Trink- und Gebrauchswassers ist fortgesetzt die größte Aufmerksamkeit zu widmen. Durch eine aufmerksame Nahrungsmittelkontrolle muß ferner nach Möglichkeit einer Verunreinigung von Nahrungs- und Genußmitteln vorgebeugt werden; auch der Milchhandel ist ständig zu überwachen; die Pasteurisierapparate in Sammelmolkereien müssen regelmäßig bakteriologisch kontrolliert werden. Fortgesetzt muß auf die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse hingewirkt werden.

Unterstützend kann unter bestimmten Verhältnissen auch die Schutzimpfung wirken. Zur allgemeinen Anwendung eignet sich indessen bisher nur die Schutzimpfung gegen die Pocken, der allein wir es zu danken haben, daß Deutschland seit Jahren frei von dieser fürchterlichen Seuche ist.

Zum Schluß weist Redner auf die glänzenden Erfolge hin, die die systematische Cholerabekämpfung in Deutschland, die Malariabekämpfung in Brioni, die Gelbfieberbekämpfung in Cuba und Rio de Janeiro, Malaria- und Gelbfieberbekämpfung für den Bau des Panamakanals und endlich die systematische Typhusbekämpfung im Südwesten des Reichs gehabt haben. (Autorreferat.)

Die von ihm aufgestellten Leitsätze haben folgenden Wortlaut:

„1. Bei der Verbreitung von Infektionskrankheiten spielt das infizierte Individuum die Hauptrolle.

2. Unter den infizierten Individuen bilden die gesunden Keimträger eine besondere und beachtenswerte Gruppe. Sie erscheinen besonders geeignet, Infektionskeime oft über weite Entfernungen hin zu verschleppen. Von ihnen nehmen oft nach längerer seuchenfreier Zeit neue Epidemien ihren Ausgang.

3. Von den infizierten Individuen werden die Krankheitskeime auf Gesunde entweder durch unmittelbare Berührung, durch infizierte Gebrauchgegenstände, Nahrungs- und Genußmittel oder durch Insekten übertragen, die bei einer Reihe von Krankheiten die Rolle obligater Keimzwischenträger spielen.

4. Das wichtigste Moment im Kampfe gegen die Infektionskrankheiten ist die Ermittelung möglichst aller Infektionsquellen durch strenge Durchführung der Meldepflicht und gründliche bakteriologische Untersuchung aller als Infektionsquellen in Betracht kommenden Individuen.

5. Durch die Isolierung infizierter Individuen, die Desinfektion ihrer die Infektionskeime enthaltenden Abgänge und durch geeignete Behandlung der Infizierten ist die Vernichtung und unschädliche Beseitigung der von ihnen ausgeschiedenen oder in ihrem Körper enthaltenen Infektionskeime anzustreben. Auch ist auf die Vernichtung und Abwehr der tierischen Keimzwischenträger hinzuwirken.

6. Auf Verbesserung der allgemeinen hygienischen Verhältnisse ist der größte Wert zu legen. Menschliche und tierische Abgänge sind einwandfrei zu beseitigen. Nahrungs- und Genußmittel sind gegen Verunreinigungen mit Infektionskeimen nach Möglichkeit zu schützen. Der Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, besonders der ärmeren Bevölkerung, ist fortgesetzt die größte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Alle diese Maßnahmen tragen auch zur Hebung des Reinlichkeitsinnes bei der Bevölkerung bei, eines außerordentlich wichtigen Faktors in der persönlichen Prophylaxe.

7. In Betracht kommt auch die Schutzimpfung. Zur allgemeinen An-

wendung eignet sich indessen bisher nur die Schutzpockenimpfung, der allein wir es zu danken haben, daß Deutschland heute frei von einer der entsetzlichsten Seuchen ist.“

In der Diskussion meint Prof. Dr. Tjaden-Bremen, daß man für die Krankheiten, die bei uns endemisch vorkommen, die Forderung der Meldepflicht etwas zurückschrauben müsse. Er hält es für undurchführbar, die Anmeldung jedes Verdachtsfalles z. B. bei harmlosen Halsentzündungen, bei gastrischen Störungen, wie sie der Typhus im Anfange bietet, zu fordern; man dürfe doch nicht vergessen, daß jede polizeiliche Meldung eine Unsumme von Unannehmlichkeiten für die betreffende Familie herbeiführte. Eine Absonderung im Hause ist nach seiner Ansicht bei ansteckenden Krankheiten nicht durchführbar angesichts der zahlreichen Fäden, die von dem Krankenzimmer zu den anderen Hausinsassen laufen, namentlich bei beschränkten Wohnverhältnissen. Die Unterbringung in Krankenhäusern sei aber heute nicht möglich, solange das Krankenhausbett 6000 M. koste. Deshalb müsse der Ruf ertönen: Zurück zu billigeren Krankenhäusern! Auch die Forderung, Leute, die sich vollständig wohl fühlen, aber noch virulente Bazillen haben, ins Krankenzimmer einzusperren, werde sich nicht verwirklichen lassen. Von der Schlußdesinfektion verspricht er sich wenig; sie diene höchstens der Erziehung zur Reinlichkeit. In Bremen habe man, abgesehen von besonderen Fällen, die Schlußdesinfektion aufgegeben; bei manchen Krankheiten wisse man ja auch nicht, wann die Ansteckungsfähigkeit aufhöre. Bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten komme viel auf die Erhöhung der Abwehrkräfte des Körpers an, dazu sei in erster Linie die Erziehung zur persönlichen Reinlichkeit erforderlich. Es müßten mehr Badegelegenheiten geschaffen werden; die Wohnungen müßten heller, luftiger werden.

Geh. Hofrat Prof. Dr. Gärtner-Jena spricht seine Verwunderung darüber aus, daß man den Typhusbazillenträger zum Teil auch heute noch eine so geringe Bedeutung zuschreibe; sie seien genau ebenso gefährlich wie die Typhuskranken, wie er in schlagender Weise an einer von ihm, im amtlichen Auftrage untersuchten Typhusepidemie nachweist, deren Ursache auf zwei in der Küche beschäftigten Bazillenträgerinnen zurückgeführt werden konnte. Typhusepidemien durch Trinkwasser seien besonders Orte mit Hochquellwasserleitungen ausgesetzt; um dieser Gefahr wirksam zu begegnen, bedürfe es strenger Meldepflicht von jedem im Quellgebiet auftretenden Fall von Typhus oder Typhusverdacht; bei eintretendem Regen sollte außerdem ohne Rücksicht auf den Wasserbedarf des Ortes die Quelle geschlossen werden, denn gerade die ersten Regen brächten die Gefahr. Ebenso wie der Referent hält auch er die Beaufsichtigung der Molkereien für dringend erforderlich und die Meldung von Krankheitsverdacht für wünschenswert, da sich sonst die Aerzte und die sonstigen anzeigepflichtigen Personen bei Unterlassung der Anzeige von wirklichen Krankheitsfällen mit dem „Verdacht“ herausreden könnten. Mit dem Vorredner stimmt er darin überein, daß eine Absonderung der Kranken im Hause im allgemeinen nicht möglich und deshalb der Bau billiger Krankenhäuser dringend erwünscht sei. Auch hinsichtlich der Desinfektion betont er ebenso wie die Vorredner, daß es auf die laufende und nicht auf die Schlußdesinfektion ankomme. Schwierig sei die Frage der Bazillenträger zu lösen; ein Schutzmittel dagegen gebe es nicht; hoffentlich werde auf dem Wege der innerlichen Desinfektion noch ein Erfolg zu erzielen sein, den eine solche allerdings bis jetzt nur in geringen Maße aufzuweisen habe.

Dr. Kleinknecht-Braunschweig schildert eine in seiner Heimatstadt während des vorigen Sommers stark verbreitete Diphtherieepidemie, bei der alle Mittel zur Eindämmung an der Schwere der Krankheit und in der Dauerausscheidung der Bazillen scheiterten.

Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Hecker-Straßburg glaubt die Entstehung und Weiterverbreitung einer Epidemie in einer Irrenanstalt darauf zurückführen zu können, daß der Zug, mit dem die Spülung auf dem Aborte betätigt wird, mit keimhaltigen Fingern angefaßt wurde. Bei einer neuerbauten Irrenanstalt sei deshalb jetzt die Einrichtung getroffen worden, daß die Spülung durch den Fuß in Tätigkeit gesetzt wird. Redner teilt dann später noch einen

Fall mit, wo durch eine Bäckersfrau, die den Typhus überstanden hatte und Bazillenträgerin geblieben war, im Laufe der Zeit mehrere Gesellen infiziert worden und zwar immer die neu in das Geschäft eingetretenen. Nachdem die Frau die ihr empfohlenen Vorsichsmaßregeln beachtet habe, sei kein neuer Fall vorgekommen.

Dr. Petruschky-Danzig erwähnt, daß an seinem Wohnorte jetzt die wegen Diphtherie in Krankenanstalten untergebrachten Kinder in diesen nach der Genesung so lange zurückbehalten würden, als sie noch Bazillenträger wären. Dauernden Keimträgern gegenüber sei allerdings eine Inhaftierung im Krankenhause nicht möglich; hier komme die innere Desinfektion in Betracht, die freilich noch in den Kinderschuhen stecke. Guten Erfolg verspräche die Immunisierung, die z. B. bei den nach Südwestafrika geschickten Truppen mit gutem Erfolg gegen Typhus angewandt sei. Auch gegen Diphtherie könne man Kinder ganz gefahr- und reaktionslos mit abgetöteten Bakterien immunisieren. Nach dieser Richtung hin sei für die Bakteriologen und Kliniker ein noch außerordentlich wichtiges und hoffnungsreiches Arbeitsgebiet gegeben. Zum Schluß spricht sich Redner gegen die Pasteurisierung der Milch aus; sie schiebe nur den Zeitpunkt der Gerinnung hinaus, ohne die Krankheitskeime zu töten, verhindere die rechtzeitige Erkennung des Verdorbenseins der Milch und begünstige demzufolge die Säuglingssterblichkeit.

Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Pistor-Berlin fragt an, ob bei langjährigen Bazillenträgern die Bazillen auch virulent blieben und ob durch solche Bazillenträger Uebertragungen tatsächlich erfolgt seien? Er macht dann ebenso wie der nachstehende Redner Prof. Dr. Heim-Erlangen auf die zunehmende Agitation der Impfgegner aufmerksam. An dem bewährten Impfgesesetze müsse auch in Zukunft festgehalten werden; es empfehle sich deshalb, wenn der Verein diese Forderung durch Annahme einer entsprechenden Resolution Ausdruck gebe. Prof. Dr. Heim beantragt eine solche in folgender Fassung: „Die XXXVI. Hauptversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege erblickt in der Schutzpockenimpfung eine der segensreichsten Maßnahmen auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, der allein die Fernhaltung einer der furchtbarsten Seuchen von unserem Vaterlande zu danken ist.“

Baurat Dr. ing. Ruppel-Hamburg ist der Ansicht, daß man grundsätzlich die allgemeinen Krankenhäuser nach englischem Muster von den Infektionskrankenhäusern oder wenigstens jede einzelne Infektionskrankheit streng in einem besonderen Pavillon absondern solle mit dem dazugehörigen Pflegepersonal. Auch müsse verhütet werden, daß die Kranken bei der Entlassung ansteckende Keime in ihrer Kleidung mit nach Haus schleppen.

Stabsarzt Dr. Georg Mayer-München spricht sich für die Meldung von Verdachtsfällen aus, weil sonst, wie er an einem Beispiele dartut, schwere Epidemien entstehen können. Bei den Keimträgern müsse man unterscheiden zwischen solchen, die leicht eine Uebertragung bewirken können, und solchen, wo dies nur unter ganz bestimmten, jetzt noch nicht genügend bekannten Umständen geschehe. Gegen die Keimträger von Ruhr und Typhus müsse unbedingt in irgendeiner Weise vorgegangen werden. Besondere Vorsicht müsse man gegenüber Keimträgern in Lebensmittelgeschäften fordern; das Interesse des Einzelnen dürfe nicht über das der Allgemeinheit gesetzt werden. Schulärzte und Militärärzte sollten auf die Entfernung der vergrößerten Rachenmandeln hinwirken, die man bei latenter Tuberkulose und bei Diphtherie häufig finde, dann werde man in der Bekämpfung dieser Krankheiten weiterkommen.

Med.-Rat Dr. Thiersch-Dresden sieht in der Meldung von Verdachtsfällen ein wertvolles Mittel zur Typhusbekämpfung und befürwortet ihre Einführung. Mit behördlichen Maßnahmen brauche man einen Einzelfall nicht belästigen, wenn man wisse, daß der Arzt ihn gut beaufsichtige.

Bürgermeister Dr. Matting-Charlottenburg berichtet, daß in Charlottenburg diphtheriekranke Kinder solange von der Schule ausgeschlossen bleiben, bis zwei in bestimmten Zeiträumen aufeinanderfolgende Untersuchungen die Keimfreiheit ergeben. Tuberkulöse Lehrer mit bazillenhaltigem Auswurf

würden erforderlichenfalls pensioniert, auch wenn noch keine dauernde Dienstunfähigkeit vorliege.

Prof. Dr. Tjaden-Bremen wendet sich noch einmal gegen die Forderung der Meldung von Verdachtsfällen und gegen alle sonstige Forderungen, die weitgehende Eingriffe in das Familienleben darstellen.

In seinem Schlußwort hält Prof. Dr. Lentz an seiner Forderung betreffs Ausdehnung der Anmeldepflicht auf die Verdachtsfälle fest. Gegen Bazillenträger könne man in Preußen auf Grund des sogenannten Polizeiparagraphen, in Verbindung mit dem § 14 des Reichsseuchengesetzes vorgehen, jedoch sollte man in der Anwendung scharfer Maßregeln vorsichtig sein. Ref. ist schon seit Jahren mit der Aufsuchung von Mitteln für die innere Desinfektion der Bazillenträger beschäftigt, hat aber bisher noch kein wirksames Mittel gefunden. Die vom Geheimrat Dr. Pistor aufgeworfene Frage betreffs der Virulenz der Bazillen bei langjährigen Keimträgern wird von ihm auf Grund vielfacher praktischer Versuche und Erfahrungen bejaht.

Die vom Prof. Dr. Heim beantragte Resolution wird schließlich einstimmig angenommen mit einem Zusatzantrag von Geh.-Rat Dr. Pistor, wonach diese dem Reichstage mit der Bitte übermittelt werden soll, auch in Zukunft an der Aufrechterhaltung des Impfgesetzes festhalten zu wollen.

Dritter Sitzungstag: Freitag, den 14. September.

8. Die Bedeutung der Zahnpflege in den Schulen.

Der Referent, Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat Prof. Dr. Kirchner-Berlin, jetzt Ministerialdirektor der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern, begrüßt zunächst die Versammlung im Namen des preußischen Ministeriums des Innern und begründet dann in eingehender Weise die von ihm aufgestellten nachstehenden Leitsätze.

„1. Zahlreiche Messungen und Wägungen von Schulkindern haben ergeben, daß ihre körperliche Entwicklung zur Zeit des Zahnwechsels einen merklichen Stillstand erfährt und erst nach Ablauf desselben in normaler Weise fortschreitet.

2. Neben diesem physiologischen Vorgang wirkt ein pathologischer Zustand des Gebisses, die Zahnkaries, nachteilig auf die Gesundheit der Schulkinder ein. Zahnärztliche Untersuchungen von Schulkindern aller Länder haben gezeigt, daß sich nur ein verschwindend kleiner Bruchteil von ihnen im Besitz eines gesunden Gebisses befindet. Die Annahme ist daher berechtigt, daß ein Teil der allgemeinen Gesundheitsstörungen während des schulpflichtigen Alters — Bleichsucht, Blutarmut, Verdauungsstörungen, nervöse Erscheinungen — als Folge dieser Erkrankungen der Kauwerkzeuge anzusehen ist.

3. Ein mangelhaftes Gebiß führt im späteren Leben zu ernsten Störungen der Ernährung, begünstigt die Entwicklung der Arteriosklerose, setzt die Widerstandsfähigkeit gegen Infektionskrankheiten (Tuberkulose) herab und trägt zur Verkürzung des Lebens bei.

4. Es ist daher vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege der größte Wert darauf zu legen, daß die gesamte Bevölkerung frühzeitig über die Bedeutung der Zahnpflege unterrichtet und zur Beobachtung einer vernünftigen Zahnpflege erzogen wird.

5. Mit Rücksicht darauf, daß die gesamte Bevölkerung die Schule durchmacht, ist diese für die Belehrung der Bevölkerung über die Zahnpflege besonders geeignet.

6. Der Zahnwechsel und die Entwicklung der Zahnkaries fallen in das schulpflichtige Alter, es ist daher während dieser Zeit eine regelmäßige zahnärztliche Ueberwachung der Kinder unerläßlich, damit ein vorzeitiger Verlust ihrer Zähne tunlichst verhütet wird.

7. Da die Kinder während des schulpflichtigen Alters von der Schule so in Anspruch genommen werden, daß sie die für eine regelmässige zahnärztliche Ueberwachung ihres Gebisses erforderliche Zeit kaum übrig behalten, da ferner ein großer Teil der Volksschulkinder die durch diese Ueberwachung entstehenden Kosten nicht bestreiten kann, so sollte diese Ueberwachung von der Schule selbst in die Hand genommmen werden. Aus denselben Gründen sollte sich die Zahnpflege in den Schulen nicht auf die

Ueberwachung beschränken, sondern auch die Behandlung kariöser Zähne in sich schließen.

8. Die zahnärztliche Ueberwachung der Schulkinder sollte durch Schulzahnärzte geschehen, die sämtliche Kinder möglichst bald nach ihrem Eintritt in die Schule untersuchen, den Befund für jedes Kind in ein besonderes Zahnblatt eintragen und die Untersuchung in angemessenen Zwischenräumen, mindestens halbjährlich, wiederholen sollen.

9. Die zahnärztliche Behandlung der Schulkinder sollte, soweit diese nicht eigene Zahnärzte haben, durch den Schulzahnarzt geschehen und zwar bei Kindern aus zahlungsfähigen Familien gegen Bezahlung nach einer mäßigen Taxe, bei unvermögenden unentgeltlich auf öffentliche Kosten.

10. Die zahnärztliche Behandlung der Schulkinder durch Schulzahnärzte geschieht entweder in deren Sprechstunden oder, was in größeren Orten vorziehen ist, in zahnärztlichen Polikliniken, die ausschließlich Schulzwecken dienen, sog. Schulzahnkliniken.

11. Die Errichtung und Unterhaltung von Schulzahnkliniken ist in erster Linie Aufgabe der Gemeinden, denen die Unterhaltung der Schulen obliegt. Gemeinden, die hierzu nicht bereit oder imstande sind, sollten die Errichtung von Schulzahnkliniken wenigstens durch unentgeltliche Bereitstellung geeigneter Räume und durch Gewährung regelmäßiger Beihilfen fördern.

12. Es ist Vorsorge zu treffen, daß durch die Anstellung von Schulzahnärzten und die Errichtung von Schulzahnkliniken die für die Gesundheit der Jugend so wichtige Stellung und Tätigkeit der Schulärzte in keiner Weise eingeschränkt oder behindert wird."

Betreffs der Durchführbarkeit der von ihm empfohlenen Schulzahnkliniken hob Referent hervor, daß solche schon in verschiedenen Städten errichtet seien, zuerst in Straßburg i. Els. (von Prof. Dr. Jessen), dann in Altona, Darmstadt, Dresden, Duisburg usw. Für ländliche Kreise empfehle sich zu diesem Zwecke die Errichtung von Zweckverbänden und regelmäßigen Bereisungen der einzelnen Schulgemeinden durch einen Zahnarzt. Sehr erwünscht sei auch eine zahnärztliche Untersuchung und Behandlung der Kinder womöglich schon vor dem schulpflichtigen Alter, z. B. in Kleinkinderschulen, die den für die Schulzahnpflege getroffenen Einrichtungen zweckmäßig angegliedert werde. Die in den Kreisen der Aerzte, insbesondere der Schulärzte, vielfach vertretene Ansicht, daß die schulärztliche Tätigkeit durch die Anstellung von besonderen Schulzahnärzten und Errichtung von Schulzahnpolikliniken sehr beeinträchtigt werde, ist nach Ansicht der Referenten unbegründet; die Tätigkeit der Schulärzte sei zweifellos die wichtigere und die Bestellung von Schulärzten deshalb in erster Linie zu fordern.

Diskussion.

Oberbürgermeister Fuss-Kiel glaubt, daß man nicht bloß an das Gebiß der Kinder, sondern auch an das der Gemeinden denken müsse, die so viel und so hartes zu beißen hätten, daß sich bei ihnen Arterienverkalkung einstellen könnte, wenn die Anforderungen an sie immer so weiter gingen. Mit demselben Rechte, wie die Anstellung von Schulzahnärzten, könne auch die Anstellung besonderer Aerzte für andere Körperteile, z. B. die Anstellung von Magen-, Nerven- usw. Aerzten, gefordert werden. Soweit könnten die Städte aber nicht mitgehen, zumal sie noch andere sozialen Pflichten zu erfüllen hätten. Wenn der Staat den Gemeinden neue Aufgaben auf dem Schulgebiete zuweise, dann müsse er auch ihre Rechte auf diesem Gebiete erweitern; zur Erfüllung neuer Anforderungen sei außerdem die finanzielle Mitwirkung von Reich und Staat notwendig, besonders wenn die Gemeinden die Vorteile von solchen Einrichtungen nicht allein hätten, sondern Reich und Staat wesentlich dabei beteiligt seien, z. B. bei der Schulzahnpflege, die für das Heer und die Erhaltung unserer Wehrkraft von größter Bedeutung sei, wie der Referent bereits hervorgehoben habe.

Prof. Dr. Grober-Jena betont namentlich den erzieherischen Wert der Schulzahnpflege. Als innerer Mediziner habe er reiche Gelegenheit, immer wieder festzustellen, wie ein schlechtes Gebiß die Ursache der verschiedensten Erkrankungen, vor allem in den Verdauungsorganen sei. Durch eine hochherzige Schenkung sei er in den Stand gesetzt worden, im Jenaer Kranken-

hause eine kleine poliklinische Zahnstation einzurichten, die günstige Erfolge erzielt habe, auch insofern, als die dort zahnärztlich behandelten Kranken später ihre Kinder ebenfalls dorthin gebracht hätten.

Stadtschularzt Dr. Stephani-Mannheim betont, daß die Grundursache der Zahnverderbnis in den schlechten Gewohnheiten bei der Ernährung der Kinder vor der Schulzeit liege. Das Stehenbleiben des Wachstums und des Körpergewichts beim Beginn des Zahnwechsels, Bleichsucht, Blutarmut, nervöse Erscheinungen, Unterernährung. Tuberkulose seien zweifellos mehr Folgen anderer Schädlichkeiten, die gleichzeitig ein schlechtes Gebiß bedingen als umgekehrt; ihre Bekämpfung werde allerdings durch ein schlechtes Gebiß erschwert. Redner hält deshalb eine ausgiebige gesundheitliche Belehrung in der Schule für notwendig, die aber nicht bloß die Zähne, sondern die ganze Ernährungslehre, die Bedeutung der Körperpflege usw. namentlich für die Mädchen berücksichtigen müsse. Er empfiehlt eine Verbesserung der Ernährungsverhältnisse und bekennt sich als begeisterten Anhänger der Schulspeisung. Mit den 10000 Mark, die Mannheim jährlich für unentgeltliches Mittagessen in der Schule auswerfe, werde mehr erreicht als mit den 25000 Mark für Schulzahnpflege. Der Aufwand von 1 Mark jährlich auf den Kopf für die zahnärztliche Behandlung der Kinder steht seiner Ansicht nach nicht im richtigen Verhältnis zu den zu erwartenden Erfolgen. Anders sei es, wenn nach dem Vorgehen von Duisburg die Eltern selbst die Behandlungskosten aufbringen, oder wenn, wie in Hamburg, ein Vertrag mit einer Krankenkassenpoliklinik abgeschlossen wird, die die Zahnbehandlung der Kinder für einen geringen Betrag übernimmt. Im Gegensatz zu dem Vortragenden ist Redner der Meinung, daß durch die Schulzahnkliniken die Tätigkeit der Schulärzte beeinträchtigt werde. Die Schulzahnpflege durchbreche den Grundsatz, daß der Schularzt nicht behandeln solle; sie lasse seine Tätigkeit als minderwertig erscheinen gegenüber der des Schulzahnarztes, der selbst für die Beseitigung des Krankheitsherdes sorge. Es genüge auch hier, wenn die Schulärzte, ähnlich wie bei Augen- und Ohrenerkrankungen, die Notwendigkeit einer spezialärztlichen Behandlung bei den Schulkindern feststellten und den Weg zeigten, wie eine solche zu finden sei. Vor der Errichtung von Schulzahnkliniken müsse man sich aber fragen, ob nicht noch wichtigere und sozialhygienisch wirksamere Aufgaben zu erfüllen sind. Wenn diese erfüllt seien, wünsche er die Schulzahnpflege auch.

San.-Rat Dr. Rabnow-Schöneberg hält den Zwiespalt zwischen den Schulärzten und der auf Gesundung der Zähne unserer Schuljugend gerichteten Bewegung nicht für so bedeutend. Es habe gewiß manche Bedenken, diese zahnärztliche Einrichtung gleichsam der Schulbehörde zu unterwerfen, gemeint sei aber nur, daß hierbei die Unterstützung der Schulen in Anspruch genommen werden solle. Es genüge auch nicht, die Zahnpflege mit dem Beginn des schulpflichtigen Alters anfangen zu lassen; man müsse sie auf das nichtschulpflichtige Alter ausdehnen, soweit die Kinder Kinderhorte, Kinderkrippen usw. benutzen. Die Ueberwachung der Schulzahnpflege müsse ebenso wie die der schulärztlichen Tätigkeit in den Händen eines verantwortlichen Arztes liegen, der in der Stadtverwaltung ein Wort mitzureden habe.

San.-Rat Dr. Rumpe-Crefeld meint, daß in erster Linie aufklärend gewirkt werden müsse und zwar nicht nur durch die Aerzte, sondern auch durch die Lehrer. Unter Leitung des jetzt verstorbenen Geheimrates Dr. Lent sei ein Preisausschreiben für Aufsätze in Volksschul-Lesebüchern und in volkstümlichen Kalendern sowie für Merkblätter erlassen worden. Die Arbeiten lägen jetzt vor und sollten eine möglichst weite Verbreitung erhalten. Namentlich die Ernährung des Volkes mit guter Milch diene zur Schaffung guter Zähne.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Baginsky-Berlin erklärt demgegenüber, daß man bei Kindern vom achten Lebensjahre ab mit der Milchernährung sehr viel Schaden stiften könne; die Kinder müßten vor allem ihre Zähne ordentlich gebrauchen lernen. Auch er ist der Ansicht, daß die Zahnbehandlung schon auf das vorschulpflichtige Alter zurückgreifen müsse, da in [illegible]sem Alter die größte Zahl der Zahnerkrankungen beginne. Die Einführung [illegible] Schulzahnkliniken solle man fördern; die betreffenden Zahnärzte

müßten aber auch verstehen, mit den Kindern umzugehen. Ob die Einrichtung allerdings bei den Zahnärzten auf große Sympathie rechnen dürfe, müßte Redner bezweifeln.

Stabsarzt Dr. Mayer-München weist darauf hin, daß oft die Aufnahme sonst ganz gesunder Leute ins Heer durch den schlechten Zustand ihres Gebisses fraglich gemacht würde. Auffallender Weise hätten die Rekruten vom Lande vielfach ein schlechteres Gebiß als die Stadtrekruten, die eben eher den Zahnarzt aufsuchen, zumal sie als Krankenkassenmitglieder freie zahnärztliche Behandlung haben. Die schlechtesten Zähne sehe man in Bayern in denjenigen Landesteilen, wo die Mütter wenig selbst stillen. In diesen Landesteilen seien auch die übertragbaren Krankheiten, insbesondere die Tuberkulose, am stärksten vertreten.

Kreisarzt Dr. Kriege-Barmen sieht zwar die Behandlung kranker Augen und Ohren, besonders für die Aufgaben der Schulen, als wichtiger an, als die Behandlung der Zähne, für die höheren Sinnesorgane geschehe aber ohnehin schon mehr, während für die Zähne der Kinder aus den unteren Volksschichten so gut wie nichts getan werde. Deshalb sei die Bekämpfung der schlechten Zähne sicherlich des Schweißes des Edlen wert. In Barmen tragen die Krankenkassen etwa die Hälfte der Kosten für die dort neu errichtete Schulzahnklinik, sie hoffen, daß durch rechtzeitige Zahnbehandlung bei den Kindern im schulpflichtigen Alter sich ihre späteren Ausgaben dafür bei den Kassenmitgliedern verringern werden. Die Stadt stellt die Räume nebst Einrichtungen zur Verfügung und gibt einen kleinen Beitrag; die übrigen Kosten sollen die Eltern aufbringen und etwa 50 Pfg. für jedes Kind jährlich zahlen. Dieser Weg dürfte auch in anderen Städten gangbar sein. Die Einrichtung denkt sich der Redner so, daß ein Schularzt im Hauptamt angestellt wird, der Assistenten hat, die die Kinder in der Schule auch auf ihre Zähne untersuchen, und die Kinder mit schlechten Zähnen zur Behandlung an die Zahnklinik verweisen. Den Eltern müsse jedoch auch das Recht zustehen, ihre Kinder aus eigenem Antrieb dorthin zu bringen.

Bürgermeister Dr. Thode-Stettin spricht sich ebenfalls für die Errichtung von Schulzahnkliniken aus und meint, daß sie ohne erhebliche Belastung des Stadtsäckels möglich sein würde. Er empfiehlt das sogenannte Duisburger System. Die Praxis habe bewiesen, daß die Sache bei einem jährlichen Betrag der Eltern von 1 Mark pro Kind durchführbar sei, wenn die Stadt die Räumlichkeiten gebe, die Kosten der ersten Einrichtung trage und die Beiträge für arme Kinder, Waisen usw. bezahle. Das Publikum müsse außerdem immer mehr zu hygienischem Denken und Handeln erzogen werden. In Stettin habe der zahnärztliche Verein seine lebhafte Teilnahme für die Einrichtung bekundet; die Zahnärzte hätten ja nicht nur ein ideales soziales, sondern auch ein sehr starkes praktisches Interesse daran, denn, je mehr die Kenntnis von der Notwendigkeit der Zahnpflege in das Publikum getragen werde, desto mehr Leute würden die Hilfe des Zahnarztes in Anspruch nehmen.

In seinem Schlußwort betont der Berichterstatter, Minist.-Direktor Prof. Dr. Kirchner, daß er es stets für seine Aufgabe gehalten habe, dahin zu wirken, daß das Gute mit möglichst wenig Mitteln erreicht werde. Auch im vorliegenden Falle handle es sich nur um verhältnismäßig geringe Mittel; besonders bei Einführung des Duisburger Systems. Ebenso lege er besonderen Wert auf volkstümliche Belehrung; auch das Deutsche Zentralkomitee für Schulzahnpflege habe sich diese von vornherein zur Aufgabe gemacht. Gegenüber den von einer Seite geäußerten Bedenken, daß die von ihm empfohlenen Bestrebungen bei den Zahnärzten wenig Sympathie finden würden, könne er nur bemerken, daß sie bei diesen im Gegenteil von einer ungeahnten Begeisterung aufgenommen seien. Bei den Krankenkassen habe man in Berlin nicht allzu großes Entgegenkommen gefunden. Betreffs den Schulärzten hofft Redner, daß sich auch diese mit der Schulzahnpflege in seinem Sinne sowie mit der Errichtung von Schulzahnkliniken einverstanden erklären und die von Dr. Stephani dagegen geäußerten Bedenken fallen lassen werden.

Rpd.

Bericht über die Verhandlungen der XI. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege und der III. Versammlung der Vereinigung der Schulärzte Deutschlands vom 5. bis 8. Juni 1911 in Dresden.[1])

I. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Schulgesundheitspflege.

Am ersten Sitzungstage wurde zunächst das Thema **Schulärzte an höheren Schulen** von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Leubuscher-Meiningen und Gymnasialprofessor Dr. Doell-München behandelt; beide Redner kommen zu dem Schluß: „Der Schularzt für die höheren Schulen wird und muß kommen, da seine Tätigkeit ebenso nutz- und segensreich ist als an den Volksschulen"; Dr. Doell macht außerdem den Vorschlag: „Die Schulärzte sollen nicht bloß theoretisch, sondern auch praktisch eingreifen, indem sie einen Teil des Turnunterrichts übernehmen." Er weist ferner auf die in Bayern an verschiedenen höheren Schulen bestehenden Schülerkrankenkassen hin.

Es berichtet dann Prof. Dr. phil. Roller-Darmstadt über die „**Historische Entwicklung der Hygiene der Erziehung und ihre Darstellung in der historischen Abteilung der Internationalen Hygiene-Ausstellung in Dresden 1911**"; ferner Seminararzt Dr. Baur-Gmünd über „**Wechselbeziehungen zwischen Schularzt und Lehrer**".[2])

Zum Schluß sprach Lehrer Elders-Krefeld über die **Heilung des Stotterns.** Das von ihm angegebene Heilverfahren ist eine konsequente Ausgestaltung des Gedankens, daß der Stotterer mit geöffneter Kehle sprechen muß. Während bei anderen Methoden mancherlei Mittel und Mittelchen angewandt werden, ziehen sich bei seiner Methode alle Mittel in eins zusammen: die Bildung des offenen Klanges. Jeden Satz übe der Stotterer in vierfacher Weise:

1. Mit dem Kork zwischen den Zähnen, damit der Unterkiefer tief gesenkt ist. Jeder Vokal wird dabei so lange angehalten, wie der Atem reicht.
2. Ohne den Kork: Bei jedem Vokal muß der Unterkiefer tief nach unten gehen, auch jetzt werden die Vokale langgezogen.
3. Taktmäßig: Auf jede Taktzeit fällt ein Vokal. Der Uebende wähle ein flottes Tempo, lasse aber den offenen Klang nicht verloren gehen.
4. Mit richtiger Betonung und nur so viel Offenheit, daß die Natürlichkeit der Sprache keine Einbuße erleidet.

Am zweiten Sitzungstage bildete das Thema: **Was drängt zu einer Reform des Elementarunterrichts und wie ist sie durchzuführen?** den Hauptverhandlungsgegenstand. Während der medizinische Referent Schularzt Dr. Langerhans-Leipzig sich hauptsächlich darauf beschränkte, die gesundheitlichen Nachteile zu besprechen, welche die Einschulung für die Kinder mit sich bringt, berichtete der pädagogische Referent, Lehrer Springer-Leipzig über die in neuerer Zeit auf die Umgestaltung des Elementarunterrichts aus der Erfahrung heraus gestellten Forderungen.

Schularzt Dr. Bayerthal-Worms machte dann auf die **Bedeutung der Kopfgrösse für die Intelligenz im schulpflichtigen Alter** aufmerksam. Nach seinen Feststellungen hält er sich zu der Annahme berechtigt, daß sechsjährige Schulkinder mit einem Umfang von 46 bezw. 45 cm (Mädchen) und weniger in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle das Ziel der obersten Stufe der Volksschule nicht erreichen.

Prof. Dr. med. Schmidt-Bonn hebt die Vorteile des **Schulkindergartens für schulpflichtige, aber noch nicht schulreife Kinder** hervor und berichtete über seine Erfahrungen in Bonn. Stadtschulinspektor Dr. Baedorf-Bonn fordert für die **Berufswahl der Volksjugend** das Zusammenwirken von Schularzt, Lehrer, Eltern und Arbeitgeber.

Lehrer F. Lorentz-Berlin bespricht die **Beeinflussung der Leistungsfähigkeit auf Grund von Resultaten moderner Ermüdungsforschung**[3]); aus

---

[1]) Verlag von B. G. Teubner-Leipzig.
[2]) S. diese Zeitschrift; Nr. 19, S. 746.
[3]) S. diese Zeitschrift; Nr. 19, S. 749.

den mitgeteilten Untersuchungen geht hervor, daß eine solche Beeinflussung möglich ist. Schließlich demonstrierte Dr. Rothfeld-Chemnitz eine von ihm entworfene Turnbefreiungstafel.[1])

II. Jahresversammlung des Vereins der Schulärzte Deutschlands.

Auf der Tagesordnung der am dritten Tage stattfindenden Versammlung des Vereins der Schulärzte stand als Hauptthema: Krankheitsfürsorge für Schulkinder. Der Referent, Schularzt Dr. Poelchau-Charlottenburg, weist zunächst auf die Wichtigkeit der systematischen jährlichen Reihenuntersuchungen aller Schulkinder, der Ueberweisung der Kinder, die nicht in den Rahmen der Normalschule passen, in Spezialschulen oder Anstalten und der Führung von Geburtsscheinen für alle Kinder hin; er verlangt:

1) Anstellung von Schulschwestern oder Schulpflegerinnen;

2) Maßnahmen zur Verhütung der Unterernährung der Schuljugend (Frühstück, Mittagessen, Kochunterricht, Merkzettel, betr. die wichtigsten Grundsätze für die Ernährung der Schulkinder — kleine billige Kochbücher);

3) Ferienkolonien, Ferienheime, Waldschulen und Erholungstätten;

4) eine Zentrale für Jugendfürsorge in der Stadt.

Der Mitberichterstatter, Schularzt Dr. Thiele-Chemnitz, sieht als das Wesentlichste der schulärztlichen Ueberwachung die Feststellung entstandener und entstehender Geistesstörungen. Für die Beseitigung der bei Schulkindern festgestellten Gesundheitsstörungen hat nur die Schule aufzukommen, wenn sie auf den Schulbetrieb zurückzuführen sind. Im Interesse der Schule selbst, wie des Volkswohles, des Staates und der Gemeinden liege es jedoch, wenn die durch die Schulpflicht gebotene, nie wiederkehrende Gelegenheit, den gesamten Nachwuchs unseres Volkes lückenlos zusammen zu haben, voll ausgenutzt wird, um alle festgestellten Gesundheitsstörungen zu beseitigen, damit ein möglichst arbeitstüchtiges Geschlecht heranwächst. Die Hauptsache ist, daß der Schularzt in Person mehr und mehr mit den Eltern der Schulkinder Fühlung nimmt. Für gänzlich Unbemittelte sind unentgeltliche Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen; die dadurch entstehenden Kosten hat die Allgemeinheit, nicht die Schule zu tragen. Damit erübrigt sich auch die Einrichtung besonderer Schulpolikliniken, gleichviel welcher Spezialität. Trotz aller Gelegenheiten gibt es allerdings säumige Eltern, die die Behandlungsnotwendigkeit ihrer Kinder nicht einsehen wollen. Hier ist auf den Zwang hinzuweisen, den der § 1666 des B. G. B. dem Inhaber der elterlichen Gewalt auferlegt.

Med.-Rat Dr. Kreißmann-Sonnenberg berichtet hierauf über „Orthopädisches Schulturnen“. Die Schule hat die Verpflichtung, den Kampf gegen die Skoliose zu führen. Sie kann aber nicht eine Reihe von Spezialklassen bilden, 10% der Schüler — denn auf diese Zahl muß gerechnet werden — von einer Reihe von Unterrichtsstunden dispensieren, Verträge mit orthopädischen Anstalten behufs gymnastischen Unterrichts schließen, höhere Grade von Skoliosen in Krüppelheimen schicken. Abgesehen von den unerschwinglichen Kosten würde es an orthopädischen Anstalten und Krüppelheimen fehlen, um nur den zehnten Teil unterzubringen. Höchstens die größten Städte würden ihre Kranken leidlich versorgen können.

Die Skoliosebehandlung muß eine soziale sein. Die Kinder müssen das Ziel der Schule erreichen, aber dabei im Elternhause bleiben. Das sind die Vorbedingungen, denen sich die Behandlung anzupassen hat. Und da kommt denn wohl kaum ein anderes Mittel in Frage, als die Einrichtung von orthopädischen Turnkursen, von denen die schwersten Formen auszuschalten sind, während aber alle I. und II. Grades mit Erfolg teilnehmen können. Unbedingt nötig ist, daß die Turnlehrer auch orthopädisch ausgebildet werden, und daß auch das allgemeine Schulturnen, namentlich das der Mädchen, immer mehr orthopädisch gestaltet wird durch weitere Ausdehnung der Haltungs- und schwedischen Uebungen.

Dr. Boltz-Hamburg verlangt ebenfalls zur Bekämpfung der Rückgratverkrümmungen in den Volksschulen der Grossstädte orthopädischen Turnunterricht; dieser soll eine vom allgemeinen Turnunterricht getrennter, unter

[1]) Diese Zeitschrift Nr. 19, S. 752.

ständiger Kontrolle eines orthopädisch genügend ausgebildeten Arztes stehender und von einem besonders orthopädisch ausgebildeten Turnlehrer geleiteter Turnunterricht sein, der sich die Aufgabe stellt, mit möglichst einfachen, aber wirksamen Uebungen die Verkrümmungen der Wirbelsäule und ihre Folgen, wie sie sich bei den Volksschulkindern finden, günstig zu beeinflussen, er muß, um möglichst vielen Kindern zugänglich gemacht werden zu können, wenn durchführbar, obligatorisch sein. Auch ist es wünschenswert, daß die Unterrichtsstunden wenigstens 2—3mal in der Woche stattfinden, während die einzelne Unterrichtsstunde wohl nicht über 60 Minuten dauern darf.

Dr. Frank-M.-Gladbach berichtet hierauf über die Tuberkulose des Schulkindes und ihre Bekämpfung im Hardter Wald bei M.-Gladbach. — Dr. Cohn-Breslau erörtert die Mittel und Wege zur Beseitigung der Kopfläusefrage in Breslauer Mädchenvolksschulen[1]) und teilt ein Merkblatt mit, das er zusammengestellt hat.

Dr. M. Fraenkel-Charlottenburg tritt für die Einführung der Steilschrift ein, die nach seiner Ansicht große Vorteile bietet. Schularzt Dr. Thiele-Chemnitz will die Bewertung des schulärztlichen Urteils über die allgemeine Körperbeschaffenheit der Schulkinder geändert wissen: Die jetzige Beurteilung nach „Gut", „Mittel" und „Schlecht" lasse sich für eine wissenschaftliche allgemeine vergleichende schulärztliche Statistik im Deutschen Reiche nicht verwerten. Da jedoch eine solche dringend wünschenswert sei, müsse ein anderer Maßstab für eine exakt wissenschaftliche Beurteilung gefunden werden.

Eine Dreiteilung des Urteils erscheine immer bedenklich. Dagegen werde eine Zweiteilung in „Gut" und „Schlecht" oder „Genügend" und „Ungenügend" oder schließlich in „Eins" oder „Zwei" völlig genügende Vergleichswerte liefern.

Zum Schluß teilt Schularzt Dr. Marcus-Frankfurt a. M. seine Erfahrungen über die Ausbildung von Volksschülern und Schülern höherer Lehranstalten in der ersten Hilfe bei Unglücksfällen und beim Schwimmen mit.

Dr. Wolf-Witzenhausen.

---

[1]) S. d. Zeitschr. 1911, Nr. 19, S. 752.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns. Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Offizieller Bericht

über die

XXVII. Hauptversammlung

des

Preussischen Medizinalbeamten-Vereins.

Berlin

am 27. April 1911.



Berlin 1911.
FISCHER'S MEDIZINISCHE BUCHHANDLUNG
H. Kornfeld.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

I. Eröffnung der Versammlung.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden, Vorsitzender: Ew. Exzellenz! Sehr verehrte Herren! Im Namen des Vorstandes heiße ich Sie herzlich willkommen und spreche meine besondere Freude darüber aus, daß die Teilnahme an der diesjährigen Hauptversammlung eine über Erwarten zahlreiche ist.

Mit dem 1. April d. J. sind zehn Jahre verflossen, seitdem das Kreisarztgesetz in Kraft getreten und damit ein vorzügliches Fundament für die Entwickelung des preußischen Medizinalwesens geschaffen ist, auf dem sich in verhältnismäßig kurzer Zeit ein stattliches Gebäude erhoben hat, stattlicher, als viele von uns seinerzeit erwartet haben dürften. Obwohl noch manches in bezug auf seinen inneren Ausbau zu wünschen übrig bleibt, müssen wir uns doch nicht nur über das Erreichte freuen, sondern vor allem auch unserem bisherigen Ressortministerium, dem Kultusministerium, dem wir dies in erster Linie verdanken, von ganzem Herzen dankbar sein. Diesem Danke für die großen und bleibenden Verdienste des Kultusministeriums auf dem Gebiete unseres öffentlichen Geundheitswesens gerade auf der diesjährigen Hauptversammlung besonderen Ausdruck zu geben, sind wir aber um so mehr verpflichtet, als die Medizinalverwaltung seit dem 1. d. Mts. von ihm abgetrennt und dem Ministerium des Innern überwiesen ist.

M. H.! Der jetzt erfolgte Uebergang des ganzen Medizinalwesens auf die Zentralbehörde der inneren Verwaltung ist zweifellos ein bedeutungsvoller Schritt für seine künftige Entwicklung, dem an Wichtigkeit kaum eine andere Maßnahme seit Erlaß des Kreisarztgesetzes gleich stehen dürfte. Die Ansichten über die Vorzüge und Nachteile dieses Uebergangs sind in den beteiligten Kreisen bekanntlich geteilt; die Vorzüge werden von seiten der Verwaltung in den Vordergrund gestellt, die Nachteile von seiten des ärztlichen Standes. M. E. hat aber das öffentliche Gesundheitswesen so viele Berührungspunkte mit der inneren Verwaltung, daß eine Vereinigung mit dieser unter demselben Ressort dem Ganzen nur zum Vorteil gereichen kann. Ich teile auch nicht die

vielfach geäußerte Befürchtung, daß die Wissenschaft auf gesundheitlichem Gebiete nun nicht mehr volle Berücksichtigung finden könnte, sondern gehöre vielmehr zu den Optimisten, die sich der Hoffnung hingeben, daß das Medizinalwesen gerade seiner Wissenschaftlichkeit wegen im Ministerium des Innern eine einflußreichere und bedeutsamere Rolle als im Kultusministerium spielen dürfte, wo schon an und für sich, besonders in der Unterrichtsabteilung, so viel „Wissenschaftlickkeit" vertreten ist. Die wissenschaftlichen Forschungsergebnisse in Einklang zu bringen mit den praktischen Erfahrungen und den sonst für ihre Durchführung in Betracht kommenden Verhältnissen, das ist der Weg, der auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege zum Ziel führt, und zwar um so leichter, je mehr Wissenschaft und Verwaltung einträchtiglich zusammengehen und jede von ihnen als voll- und gleichberechtigt anerkannt wird. Daß die Wissenschaft aber auch schon jetzt im Ministerium des Innern volle Beachtung findet, das zeigen insbesondere dessen Bestrebungen während der letzten Jahre auf dem Gebiete des Gefängniswesens und der Fürsorgeerziehung, die in großzügiger Weise den Anforderungen der Wissenschaft wie der öffentlichen Gesundheitspflege Rechnung tragen. Wir Medizinalbeamten können daher volles Vertrauen zu unserer nunmehrigen Zentralbehörde haben und mit Sicherheit hoffen, daß dessen Fürsorge für die öffentliche Gesundheitspflege, für den ärztlichen Stand und auch für uns Medizinalbeamten eine ebenso große sein wird, wie in dem Kultusministerium. In diesem Vertrauen werden wir noch besonders dadurch bestärkt, daß die hochverdienten Mitglieder der Medizinalabteilung in ihrer Stellung verblieben sind; wir werden weiterhin darin bestärkt durch die von Ew. Exzellenz noch vor kurzem sowohl im Abgeordnetenhause, als im Herrenhause gegebene Zusicherung, daß das Medizinalwesen wie die Interessen der Medizinalbeamten und des ärztlichen Standes im Ministerium des Innern die gleiche Berücksichtigung wie früher finden würden. Vor allem werden wir in diesem Vertrauen aber dadurch bestärkt, daß Ew. Exzellenz uns die hohe Ehre hat zuteil werden lassen, an unserer heutigen Hauptversammlung, der ersten seit der eingetretenen Ressortveränderung, teilzunehmen. Im Namen des Vereins spreche ich Ew. Exzellenz dafür unseren ehrerbietigsten Dank aus und eröffne die heutige Sitzung mit dem Wunsche, daß wir hoffentlich auch in künftigen Jahren noch recht oft die Ehre haben werden, Ew. Exzellenz in unserer Mitte begrüßen zu dürfen!

Se. Exzellenz, der Herr Minister des Innern von **Dallwitz**: M. H.! Für die freundliche Begrüßung, die mir soeben in Ihrer Mitte von Ihrem Herrn Vorsitzenden zuteil geworden ist, bin ich Ihnen außerordentlich dankbar. Sie ist mir ein Zeichen dessen, daß die Loslösung der Medizinalverwaltung vom Kultusressort, so schmerzlich sie auch viele von Ihnen berührt haben mag, doch auch von Ihnen als eine Tatsache angesehen wird, mit der Sie [illegible] nicht nur abfinden müssen, sondern auch abfinden können, [illegible] sachlichen Gründe, die dafür sprechen, auch von Ihnen

nicht verkannt werden. Mag daher einstweilen auch das Gefühl des Bedauerns darüber überwiegen, daß der Zusammenhang mit dem Kultusministerium gelöst ist, mit dem Sie durch so stolze und freundliche Erinnerungen einer langjährigen, an Erfolgen und Fortschritten reichen Vergangenheit sich innerlich verbunden fühlen, so glaube ich doch der Hoffnung Ausdruck geben zu dürfen, daß Sie, je länger um so mehr, mit der Neugestaltung der Dinge sich aussöhnen und erkennen werden, daß Sie auch künftig in der Lage sind, Ihren Aufgaben und Berufspflichten mit dem Idealismus und mit der Schaffensfreudigkeit nachzugehen, welche den deutschen Aerztestand von jeher ausgezeichnet haben. Und, m. H., welchem Ressort auch immer die Medizinalverwaltung angegliedert sein möge, so ändert das nichts an dem Inhalt der Ihnen obliegenden Aufgaben und ändert jedenfalls auch nichts daran, daß Sie berufen sind, über den Rahmen der Verhütung und Bekämpfung menschlicher Krankheiten und Leiden hinaus mitzuwirken an der fortschreitenden Gesundung unseres Volkes, und zwar nach dem Gesichtspunkte: „mens sana in corpore sano", nicht nur in körperlicher, sondern auch in geistiger Beziehung; daß Sie damit auch berufen sind, ganz wesentlich beizutragen zu der Hebung des gesamten Kulturniveaus in unserem Vaterlande. Insoweit, m. H., greifen die Aufgaben des ärztlichen Berufsstandes hinüber in das große soziale Gebiet und bilden ein wichtiges Glied in der Kette der Bestrebungen, die darauf abzielen, in gesunder, besonnener Entwicklung immer weitere Fortschritte anzubahnen, zum Wohle der Menschheit.

Möge auch Ihre heutige Tagung diesem Bestreben förderlich sein!

(Allseitiger lebhafter Beifall!)

(Die Anwesenden erheben sich von ihren Plätzen.)

Vorsitzender: Ew. Exzellenz danke ich vielmals für die außerordentlich liebenswürdigen Begrüßungsworte, die Sie eben an uns gerichtet haben. Ew. Exzellenz können jedenfalls versichert sein, daß sich die Medizinalbeamten auch künftighin mit allen Kräften befleißigen werden, den Aufgaben, die ihnen gestellt sind, nach jeder Richtung hin gerecht zu werden, um sich das Wohlwollen und die Anerkennung Ihrer vorgesetzten Behörde zu erhalten.

Es liegt mir weiter noch die angenehme Pflicht ob, als Gäste zu begrüßen: die Herren Geh. Ob.-Med.-Räte Prof. Dr. Kirchner, Prof. Dr. Dietrich und Dr. Abel, Herrn Ob.-Reg.-Rat Frhrn. v. Zedlitz-Neukirch, Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Finger, Herrn Reg.-Rat Dr. Hamel als Vertreter des Kaiserlichen Gesundheitsamts sowie Herrn Geh. Med.-Rat Dr. Behla als Vertreter des Preuß. statistischen Landesamts. Im Namen des Vereins spreche ich auch Ihnen den herzlichsten Dank aus, daß Sie unserer Einladung in diesem Jahre wiederum in liebenswürdiger Weise gefolgt sind.

II. Geschäfts- und Kassenbericht.

H. Geh. Med.-Rat Dr. Fielitz, Kreisarzt in Halle a. S., Schriftführer: M. H.! Die Zahl der Mitglieder hat im verflossenen Berichtsjahre eine geringe Abnahme erfahren; es sind 20 Mitglieder verstorben und 42 ausgetreten, dagegen nur 44 neu eingetreten, so daß die Gesamtzahl z. Z. 888 beträgt, statt 906 im April v. J. Die Zahl der Verstorbenen ist leider eine sehr große. Wir betrauern in erster Linie unser Ehrenmitglied, Robert Koch, Exzellenz, sowie unser langjähriges Vorstandsmitglied, Geh. Med.-Rat Dr. Elten, der im vorigen Jahre ja hier auf so tragische Weise verschieden ist. Außerdem sind folgende Vereinsmitglieder gestorben:

Dr. v. Buchka, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Alt-Scherbitz.
- Danielowski, prakt. Arzt in Hohenstüblau (Reg.-Bez. Danzig), staatsärztl. approb.
- Führer, Geh. San.-Rat, Kreisphysikus a. D., in Wolfhagen.
- Gutknecht, Kreisarzt in Belgard.
- v. Hofe, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Altena.
- Holling, Med.-Rat, Kreisarzt in Soegel.
- Neumann, prakt. Arzt, staatsärztl. approb., in Landsberg a. W.
- Nöller, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Lüneburg.
- Leder, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Lauban.
- Offenberg, Med.-Rat, Kreisarzt in Osnabrück.
- Püllen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Grevenbroich.
- Romeick, Kreisarzt in Mohrungen.
- Rump, Med.-Rat, Kreisarzt in Osnabrück.
- Scherb, Kreisarzt in Fritzlar.
- Schmiele, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Weißenfels.
- Schönbrod, Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinal-Untersuchungsamt in Potsdam.
- Tillessen, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Saarlouis.
- Vanselow, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Stettin

Vorsitzender: M. H.! Der Herr Schriftführer hat schon betont, daß die Zahl der seit der letzten Hauptversammlung verstorbenen Mitglieder wiederum außerordentlich groß ist. Unter ihnen möchte ich in erster Linie hervorheben unser Ehrenmitglied, Exz. Robert Koch. Er ist aus unserem Stande hervorgegangen und mit besonderem Stolz muß es alle Medizinalbeamten erfüllen, daß er einer der ihren gewesen ist; ein Bahnbrecher der Wissenschaft, ein Forscher ohne Gleichen, wie er vielleicht in Jahrhunderten nicht wiederkehren wird. Für alle Zeiten wird sein Name mit ehernen Lettern in der Geschichte der Medizin, insbesondere aber in der Geschichte der Bakteriologie, Hygiene und Gesundheitspflege eingeschrieben und sein Andenken für alle Zeiten unvergeßlich sein! — Noch besonders möchte ich dann gedenken unseres allverehrten, so früh und unerwartet aus dem Leben geschiedenen Vorstandsmitgliedes Geh. Med.-Rat Dr. Elten. In den vielen Jahren, in denen er als Vorstandsmitglied unserem Verein angehört hat, ist er stets in aufopfernder und liebens-würdiger Weise bestrebt gewesen, uns den Aufenthalt in Berlin [illegible]elegenheit unserer Hauptversammlungen so angenehm wie

möglich zu machen. Noch in dem letzten Jahre hat er dies in hervorragender Weise getan und war stolz darauf, daß die erste Tagung im „Rheingold", deren Ende er leider nicht mehr erlebte, einen so günstigen Anlauf nahm. Auch sein Andenken werden wir in treuer und ehrenvoller Erinnerung behalten!

Unter den Verstorbenen sind außerdem verschiedene, die wir nicht nur bei den Hauptversammlungen in unserer Mitte begrüßen konnten, sondern von denen auch manche uns auf diesen mit interessanten Vorträgen erfreut haben. Ich erinnere besonders an den Kollegen Gutknecht; in voller Manneskraft ist er ebenso wie ein Teil von den übrigen Verstorbenen im frühen Lebensalter dahingeschieden. Wir sehen daraus, daß der Beruf der Medizinalbeamten nicht so leicht und bequem ist, wie von manchen unserer ärztlichen Kollegen geglaubt wird, sondern daß er im Gegenteil mit außerordentlich großen Anforderungen in bezug auf körperliche und geistige Leistungsfähigkeit verknüpft ist, denen leider nicht wenige unserer Kollegen frühzeitig erliegen.

Ich bitte Sie, sich zum Andenken der Verstorbenen von Ihren Plätzen zu erheben.

(Geschieht.)

H. Geh. Med.-Rat Dr. Fielitz, Kreisarzt in Halle a. S., Schriftführer: Die Kassenverhältnisse des Vereins haben sich während des Berichtsjahres günstig gestaltet und zu einem nicht unerheblichen Ueberschuß geführt. Es haben betragen:

die Einnahmen	14 492,99 M.	
hierzu Bestand aus dem Vorjahre . .	1 766,50 „ . . .	16 259,49 M.
die Ausgaben	. . . .	13 581,73 M.
	bleibt Bestand	2 677,76 M.

demnach 911,26 Mark mehr als im Vorjahre.

Im übrigen habe ich aus dem Vorjahre noch zu berichten, daß der Vorstand dem auf der letzten Hauptversammlung gefaßten Beschlusse gemäß unsere Verhandlungen über den Entwurf eines Deutschen Strafgesetzbuches dem Reichsjustizamt überreicht und zwar in 50 Exemplaren zur Verteilung an die Mitglieder der vorberatenden Kommission. Ferner hat sich der Vereinsvorstand veranlaßt gesehen, den Herrn Minister in einer Eingabe nochmals um Ausdehnung des Beamtenfürsorgegesetzes vom 2. Juni 1902 auf die Medizinalbeamten zu bitten, und auf diese Eingabe unter dem 30. Januar d. J. den folgenden, unseren Wünschen soweit als möglich Rechnung tragenden Bescheid erhalten:

„Die Auffassung des Vorstandes, daß die Kreisärzte von den Wohltaten des Gesetzes vom 2. Juni 1902 (Gesetzsamml. S. 153) vollständig ausgeschlossen seien, ist unzutreffend. Wenn sie bei Besichtigung eines der reichsgesetzlichen Unfallversicherung unterliegenden Betriebes einen Unfall erleiden, so findet das genannte Gesetz auf sie ebenso Anwendung, wie auf andere Beamte. Das geht klar hervor aus den Motiven zu §§ 1 und 6 des Entwurfs zum früheren Gesetz vom 18. Juni 1887, wo ausdrücklich ausgesprochen wird, daß unter den im Betriebe beschäftigten Beamten auch diejenigen zu verstehen sind, „welche aus Anlaß der staatlichen bezw. polizeilichen Beaufsichtigung solcher

Betriebe den Gefahren der letzteren gleichfalls ausgesetzt sind.“ Insofern erscheint der Antrag auf „Ausdehnung des Beamtenfürsorgegesetzes auf die Medizinalbeamten“ gegenstandslos.

Materiell scheinen die Wünsche des Vorstandes allerdings weiterzugehen, als die Formulierung des Antrages erkennen läßt. Es scheint gewünscht zu werden, daß ganz allgemein den Kreisärzten und deren Hinterbliebenen das Ruhegehalt bezw. die Reliktenbezüge nach den Grundsätzen des Gesetzes vom 2. Juni 1902 gewährt werden sollen, wenn die Dienstunfähigkeit die Folge einer Krankheit oder Beschädigung ist, die sich der Kreisarzt im Dienst zugezogen hat. Eine solche Regelung könnte nur außerhalb des Gesetzes vom 2. Juni 1902 erfolgen, denn sie ginge nicht nur über den Kreis der unfallversicherungspflichtigen Betriebe hinaus, sondern sähe auch von der Voraussetzung des Unfalls ab. Insbesondere die Gefahren der Zuziehung übertragbarer Krankheiten, wie sie die Eingabe vom 30. Dezember v. Js. vornehmlich im Auge hat, fallen nicht unter den Begriff der Unfallgefahr, würden also auch dann noch keine Berücksichtigung erfahren, wenn die Beschränkung des Gesetzes vom 2. Juni 1902 auf unfallversicherungspflichtige Betriebe fortfiele.

Der Vorstand scheint diese Tragweite seiner Anregung nicht berücksichtigt zu haben. Es handelt sich dabei um ein neues Prinzip der Beamtenfürsorge, für welches andere Beamtenarten ebenfalls in Betracht kommen würden. Eine einseitige Lösung der Frage von Seiten des diesseitigen Ressorts erscheint nicht angängig, während sich eine allgemeine Lösung zurzeit als noch nicht durchführbar erwiesen hat. Sollte aber im Einzelfall die Anwendung der derzeitigen Vorschriften über Pensionierung und Hinterbliebenenfürsorge nicht ausreichen, um einen aus dienstlichem Anlaß dienstunfähig gewordenen Kreisarzt oder seine Hinterbliebenen vor Not zu schützen, so wird es selbstverständlich mein Bestreben sein, auf anderem Wege Abhilfe zu schaffen.“

Außerdem hat es der Vorstand für nötig erachtet, gegen die unzutreffenden Ausführungen eines württembergischen Kollegen in der dortigen zweiten Kammer über die amtliche Stellung und Tätigkeit der preußischen Kreisärzte und Kreisassistenzärzte Verwahrung einzulegen, da sie ein völlig falsches Bild der tatsächlichen Verhältnisse gaben und deshalb dringend der Richtigstellung bedurften. Die betreffende Erklärung des Vorstandes ist in Nr. 5 der Zeitschrift für Medizinalbeamte veröffentlicht und Ihnen deshalb bekannt, so daß ich sie hier nicht vorzulesen brauche. Sie ist allen Mitgliedern der Württembergischen Kammer durch Vermittelung seines Büros zugestellt; der Präsident der Kammer hat hierzu in entgegenkommender Weise seine Zustimmung erteilt.

Die Kassenabrechnung ist bereits durch einen Rechnungsbeamten geprüft und richtig befunden; sie muß noch von zwei Kassenrevisoren nachgeprüft werden; ich bitte diese zu wählen, damit mir Entlastung erteilt werden kann.

Vorsitzender: Wünscht jemand zu dem Geschäfts- und Kassenbericht das Wort zu ergreifen? — Es ist nicht der Fall. Wir haben nunmehr zwei Kassenrevisoren zu wählen; ich schlage die beiden Herren Kollegen vor, die dieses schwierige Amt bereits in früheren Jahren zu unserer Zufriedenheit erledigt haben, Geh. Med.-Rat Dr. Schlüter-Gütersloh und Med.-Rat Dr. Herrmann-Bitterfeld, die sich auch diesmal in liebenswürdiger Weise dazu bereit erklärt haben. Es erhebt sich kein Widerspruch; die Herren sind somit gewählt.

III. Bekämpfung der Pest.

Herr Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner-Berlin: Eure Exzellenz! Meine Herren! Dem Wunsche des Vorstandes, einen Ueberblick über die moderne Pestbekämpfung zu geben, bin ich um so lieber gefolgt, als uns das eine erwünschte Gelegenheit gibt, zu vergleichen, was wir früher auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung leisten konnten, und was wir heute leisten können, aber auch leisten müssen; denn, je größere Möglichkeiten zur Betätigung uns gegeben sind, um so größer ist auch unsere Verpflichtung, Großes zu leisten zum Wohle unseres Vaterlandes.

Die äußere Veranlassung der heutigen Besprechung war, wie Ihnen bekannt, der Umstand, daß im vorigen Herbst im fernen Osten von Asien ein Ausbruch der Pest erfolgte, der besonders deswegen beunruhigend war, weil die Pest in der Form der Lungenpest auftrat.

In der ersten Woche des Oktober 1910 trat die Pest in den Orten Werchne-Udinsk und Petrowski in Transbaikalien auf und erschien bald darauf in Mandschuria, wanderte dann an der Bahn weiter nach Osten nach Chailar, Buchatu und der Provinzialhauptstadt Tsitsikar und trat Mitte November in Charbin am Sungari und namentlich in der Chinesenstadt Fudjadjen auf, wo sie gewaltige Verheerungen anrichtete. Von dort ging sie an der mandjurischen Eisenbahn nach Süden nach Kirin und Mukden, wanderte bis Peking, Tientsin und Dalny und wurde bis Schanghai verschleppt. Ueberall trat die Pest unter der Form der Lungenpest auf und war in fast allen Fällen tödlich.

Unsere Zeitungen waren darüber außerordentlich erschreckt; diese Furcht teilte sich dem Publikum mit. Ein Wort war es besonders, das diese Beunruhigung herbeiführte, nämlich der Vergleich jenes Pestausbruches mit dem „schwarzen Tod“.

M. H.! Alle, die mit der Geschichte der medizinischen Wissenschaft vertraut sind, wissen, was der schwarze Tod bedeutet; ich darf mir erlauben, Sie mit einigen Worten in jene Zeit zurückzuführen, als der schwarze Tod über die Welt dahin brauste. Aus den alten Pestberichten, die uns erhalten sind, klingt heraus, welchen gewaltigen Eindruck jene furchtbare Seuche gemacht hat, die um die Mitte des 14. Jahrhunderts von China kommend über Asien, Europa, ja, die ganze Welt dahinzog.

Im Jahre 1346 wurde bekannt, daß im nördlichen Teile von China eine schwere, bis dahin unbekannte Seuche ausgebrochen sei. Noch ehe man recht darüber nachdenken konnte, verbreitete sie sich nach Westen; auf drei großen Wanderstraßen erreichte sie Rußland, Aegypten und bald Europa; von Aegypten wurde sie auf dem bekannten Wasserwege, der damals die größte Handelsstrasse war, nach Italien eingeschleppt. Sie trat zuerst in Süditalien auf, wurde bald nach Ober-Italien, nach Spanien verbreitet und erschien bereits 1347 in Frankreich. Von dort breitete sie sich weiter aus, erschien 1348 in Deutschland und griff nach

England, Schweden, Dänemark, Norwegen, also auf die gesamte zivilisierte Welt über.

Der Eindruck, den die Seuche auf die Bevölkerung machte, war ungeheuer, und die Opfer, die sie forderte, waren unzählig. Wenn die alten Chronisten angeben, daß die Seuche, die von 1346 bis 1351 dauerte, in der zivilisierten Welt mehr als 24 Millionen Menschen dahingerafft hat, so ist die Zahl sicher nur schätzungsweise richtig; denn es fehlte damals an der ausreichenden Zahl von Aerzten, auch wurde keine zuverlässige Statistik geführt. Aber wenn berichtet wird, daß allein in Florenz 100 000 Menschen dahingerafft und ganze Länder entvölkert worden sind, so kann man sich vorstellen, daß die Wirklichkeit nicht weit hinter jener Zahl zurückgeblieben ist.

Der politische Einfluß, den jene gewaltige Seuche gehabt hat, ist gar nicht hoch genug zu veranschlagen. Als sie erschien, tobte in Frankreich gerade der große Krieg zwischen Philipp von Valois und Eduard III von England; nach der siegreichen Schlacht von Crecy hatte der schwarze Prinz Calais erobert: da erschien der schwarze Tod und wand Siegern wie Besiegten das Schwert aus den Händen. In Deutschland wütete nach dem Tode Ludwigs von Bayern der Kampf zwischen den Gegenkaisern: da raffte der schwarze Tod den edlen Günther von Schwarzburg dahin und bahnte Karl IV. den Weg zum Thron. Auch in unserem damals kleinen Vaterlande Brandenburg machte sich die Pest geltend. Gerade damals war der falsche Waldemar erschienen und hatte die Fahne der Askanier aufgepflanzt. Das Volk jubelte ihm zu; da erschien der schwarze Tod, und der falsche Waldemar verschwand von der Bildfläche.

Wenn Sie gewisse Teile unseres Vaterlandes durchreisen, so finden Sie noch jetzt Stellen, an denen einst bewohnte Ortschaften gestanden haben. In der Mark z. B. finden Sie hier und da in abgelegenen Strichen der Heide einen verlassenen Brunnen; wenn Sie genauere Kreiskarten studieren, finden Sie häufig zwischen Ortschaften in abgelegenen Wäldern die Bezeichnung „Wüstemark“; dort standen einst blühende Orte, die unter dem Einfluß der Pest zugrunde gegangen sind. In Nord-Schleswig gibt es solche Ortschaften in größerer Zahl. Der mittlere Teil von Nord-Schleswig ist noch von der Zeit des schwarzen Todes her entvölkert; namentlich gilt dies von dem nördlichen Jütland. In einem ausgedehnten Teile von Norwegen soll die ganze Bevölkerung dahingerafft worden sein bis auf ein einziges Mädchen; sie irrte ohne Schutz lange Zeit in den Wäldern umher, bis man sie ganz verwahrlost aufgriff und der Erziehung wieder zuführte. Sie wurde auf öffentliche Kosten erzogen und erhielt das weite Gebiet als Eigentum; sie wurde die Mutter eines Grafengeschlechts, das den Namen Riepe — Waldvogel — führte.

Was war der schwarze Tod? Man hat sich darüber lange den Kopf zerbrochen; noch in August Hirschs historisch-geographischer Pathologie begegnen Sie einer Anschauung, die lange in Aerztekreisen bestanden hat, daß der schwarze Tod eine besondere Form der Pest gewesen sei. In seiner Vorlesung über

die großen Volkskrankheiten des Mittelalters setzte Aug. Hirsch auseinander, daß es zwei Arten von Pest gäbe; die eine sei die orientalische Beulenpest, die andere der schwarze Tod; es gäbe in Indien eine Gegend, in der der schwarze Tod noch heutzutage zu Hause wäre, in den Nordwest-Provinzen von Vorderindien, in den Radjastanstaaten im Bezirk Merwar, da sollte noch heute die Lungenpest, der schwarze Tod, bestehen. Durch die Zeitungen ging im vorigen Jahre die Mitteilung, die in China ausgebrochene Pest wäre ausschließlich die Lungenpest, und deshalb dachte man auch dort an den schwarzen Tod.

Wenn man jedoch alte Pestberichte liest, findet man, daß der schwarze Tod keineswegs ausschließlich Lungenpest gewesen ist, sondern daß sich deutlich drei Formen unterscheiden lassen: Zunächst die Form, bei der die Leute anscheinend aus voller Gesundheit heraus, wie vom Schlage getroffen, tot zu Boden sinken: die Pestis siderans, die wir auch heute noch beobachten. Zweitens eine außerordentlich infektiöse Form der Lungenentzündung, die Lungenpest, die unter eigentümlichen äußeren Erscheinungen einsetzt: Die Kranken erbrechen, werden von schwerer Prostration befallen; es treten hohes Fieber, ein reichlicher, blutiger Auswurf und ein blutiges Exanthem auf der Körperoberfläche ein, das der Krankheit den Namen des schwarzen Todes gegeben hat. Die dritte Form, die in den alten Pestberichten erwähnt wird, ist die Bildung von Drüsenbeulen an verschiedenen Stellen des Körpers, die bald zu schweren allgemeinen Erscheinungen führen, Lungenödem und Septicämie, an denen die Kranken zugrunde gehen.

Nun, m. H., diese drei Formen sind genau dieselben, die wir noch jetzt bei der orientalischen Beulenpest beobachten. Der schwarze Tod ist also nicht eine Krankheit für sich, sondern eine Pestepidemie gewesen, bei der die Lungenpest prävalierte, ganz so, wie gegenwärtig in Nord-China. Es kann daher auch kein Zweifel darüber bestehen, daß in Nord-China in diesem Winter nicht eine besondere Form der Pest geherrscht, sondern daß es sich auch dort um die orientalische Beulenpest gehandelt hat.

In dem Berichte der Deutschen Kommission, die 1897 zum Studium der Pest nach Bombay geschickt wurde, finden wir genau dieselben drei Formen geschildert; nur daß in Vorderindien die Beulenpest prävalierte. In Vorderindien ist auch Lungenpest vorgekommen, aber keineswegs in der Ausdehnung, wie im Mittelalter beim schwarzen Tod und wie im vorigen Jahre in Nord-China. Auch in Aegypten, wo gegenwärtig die Pest herrscht, kommen von Zeit zu Zeit, wenn auch nicht häufig, Fälle von Lungenpest vor. Wir wissen jetzt, daß die orientalische Beulenpest sich hauptsächlich in zwei Formen äußert. Die eine, die dem schwarzen Tod am ähnlichsten ist und sich durch eine enorme Infektiosität und eine gewaltige Letalität auszeichnet, befällt hauptsächlich die Lunge und geht mit einem überaus reichlichen blutigen Auswurf einher; sie ist deswegen so infektiös, weil bei ihr das beobachtet wird, was Flügge als Tröpfchen-Infektion bezeichnet hat: Die Kranken werden bald somnolent, können über

ihren Auswurf nicht ordentlich disponieren, verbreiten beim Husten, Sprechen, Niesen zahlreiche Tröpfchen ihres bazillenhaltigen Schleimes, durch den Personen in ihrer unmittelbaren Umgebung unfehlbar angesteckt werden. Wir haben einen solchen Fall im Jahre 1903 hier beobachten können. Damals infizierte sich im Institut für Infektionskrankheiten ein junger Arzt, welcher mit Pestbakterien arbeitete; er erkrankte an einer Lungenentzündung, die wegen ihrer Schwere sofort den Verdacht erweckte, daß es sich um Pest handeln könnte. Er wurde in den Kochschen Baracken in der Charité abgesondert und infizierte, obwohl die allergrößte Sorgfalt beobachtet wurde, einen Wärter, der jedoch glücklicherweise mit dem Leben davon gekommen ist.

Etwas Aehnliches wurde, wie Ihnen vielleicht bekannt ist, auch in Wien beobachtet. Ein Mitglied der österreichischen Kommission, die nach Bombay zum Studium der Pest geschickt worden war, Dr. Müller, und dort alle Fährlicheiten überwunden hatte, infizierte sich in Wien im Laboratorium beim Arbeiten mit Pestbakterien und ging in kurzer Zeit an Lungenpest zugrunde. Und wenn wir hören, daß im Mittelalter und in der Neuzeit, in China und wo wir hinkommen mögen, besonders Aerzte und Krankenpfleger gefährdet sind und zu einem großen Bruchteil sterben, so beruht das auf der Einatmung der Speicheltröpfchen, mit denen die Kranken die Keime in der Luft verbreiten.

Die zweite Form der Pest, die sogenannte Beulenpest, kommt dadurch zustande, daß durch kleine Verletzungen an Händen, Füßen, der Brust, oder aber durch Stiche von Insekten — das letzte müssen wir als die Hauptart der Verbreitung der Pest ansehen — die Keime aufgenommen und auf dem Wege der Lymphbahnen den nächsten Drüsen zugeführt werden; diese schwellen an, und bald kommt es zu Abszedierungen.

Diese Form ist keineswegs so ansteckend wie die Lungenpest; ja, die Beulenpest ist viel weniger infektiös, als viele andere Krankheiten. Sie ist auch nicht so gefährlich, wie die Lungenpest; ein Teil der Kranken kommt mit dem Leben davon. In einer Reihe von Fällen aber durchbrechen die Pestbakterien den Schutzwall, den der Körper in den Drüsen besitzt, und gehen in den Blutstrom über; dann kommt es zu einer allgemeinen Infektion, und der Kranke geht unter Erscheinungen, die wir als Septicämie bezeichnen müssen, zugrunde. Das ist also sozusagen der letzte Akt, der sowohl bei Lungenpest, als bei Beulenpest das Trauerspiel endet.

Früher hat man die Ansicht vertreten, es gäbe noch eine dritte Form, nämlich die Darmpest. Diese Ansicht ist besonders von dem tüchtigen und begabten, leider im jugendlichen Alter gestorbenen Marinestabsarzt Dr. Wilm vertreten worden. Allein Fälle von Darmpest müssen sehr selten sein. Wilms Beobachtung ist eigentlich von keiner Seite bestätigt worden, so daß wir die Lungenpest und die Beulenpest als die vorwiegend vorkommenden Formen der Pest betrachten müssen.

Die Lungenpest und die Beulenpest sind noch dadurch unterschieden, daß sie zu verschiedenen Jahreszeiten verschieden

häufig auftreten. Während der Sommermonate, wo die Mehrzahl der Bevölkerung sich im Freien aufhält, pflegt die Beulenpest zu prävalieren; bei einer Pestepidemie dagegen, die sich während der Wintermonate abspielt, beobachtet man häufig ein Prävalieren der Lungenpest. Dies beruht darauf, daß während des Winters sich die Bevölkerung in ihren engen Wohnungen zusammendrängt; da ist die Möglichkeit, daß ein Erkrankter seine Umgebung ansteckt, viel größer als während der Sommermonate, wo die Mehrzahl der Bevölkerung sich im Freien aufhält. Wenn wir jetzt hören, daß die chinesische Regierung die Pest als erloschen erklärt hat, so müssen wir dieser Nachricht mit Zweifel begegnen. Ich möchte annehmen, daß die Pest keineswegs erloschen, sondern daß infolge der milderen Witterung die Lungenpest zurückgetreten ist und im Stillen die Beulenpest weiter besteht; ich fürchte, daß im nächsten Winter in China die Lungenpest wieder auftreten wird. Wahrscheinlich wird auch in anderen Gebieten, wo die Pest geherrscht hat, z. B. Sibirien, etwas Aehnliches beobachtet werden.

Die Pest hat einige wesentliche Unterschiede von anderen Krankheiten, die für uns von Bedeutung sind. Ich möchte als Beispiel eine Krankheit erwähnen, mit der die Pest Aehnlichkeit hat, den Milzbrand. Allen, die sich mit Seuchen beschäftigen, wird diese Aehnlichkeit sich aufgedrängt haben. Auch beim Milzbrand, der glücklicherweise für den Menschen verhältnismäßig ungefährlich, dagegen enorm gefährlich für gewisse Herdentiere ist, beobachten wir drei verschiedene Formen. Bei den Herdentieren ist er hauptsächlich eine Darmkrankheit: Die Tiere, die auf die Weide gehen, bekommen blutige Durchfälle; nachher tritt ein septicämischer Zustand ein. Menschen, die mit den Tieren zu tun haben, hauptsächlich Hirten, Schlachter, Abdecker, Fellhändler und Gerber, infizieren sich hauptsächlich von der Haut aus; es entsteht bei ihnen die Form des Haut-Milzbrandes, der sogenannte Anthrax- oder Milzbrandkarbunkel. Die dritte Form des Milzbrandes hat die größte Aehnlichkeit mit der Lungenpest, und darauf beruht es, daß man lange die sibirische Pest für Milzbrand gehalten hat. Diese Form des Milzbrandes kommt bei Leuten vor, die mit Material zu arbeiten haben, in dem die Milzbranderreger in Gestalt von Sporen enthalten sind. In Fabriken, in denen Wolle von Schafen, die an Milzbrand zugrunde gegangen sind, sortiert wird, oder in denen Pinsel aus Borsten hergestellt werden, die von an Milzbrand zugrunde gegangenen Schweinen herrühren, oder in denen Lumpen sortiert und zu Kleidungsstücken verarbeitet werden, die von Menschen herrühren, die an Milzbrand zugrunde gegangen sind, findet beim Arbeiten ein Verstäuben von Milzbrandsporen statt, die die Menschen einatmen; infolgedessen erkranken sie an einer schweren Lungenerkrankung, an der sie fast ausnahmslos zugrunde gehen.

Es besteht aber ein wesentlicher und für uns außerordentlich segensreicher Unterschied zwischen Pest und Milzbrand: Die Pest wird, wie wir dank den Arbeiten von Yersin und Kitasato wissen, durch einen Bacillus erzeugt, der sich vom Milzbrandbacillus wesentlich dadurch unterscheidet, daß er keine Sporen

bildet, während der Milzbrandbacillus überaus widerstandsfähige Sporen besitzt. Diese Sporen bleiben, wie es scheint, unendlich lange virulent: Im Institut für Infektionskrankheiten wird Blut aufgehoben, das Koch vor 35 Jahren bei seinen ersten Milzbrandarbeiten einem milzbrandkranken Tiere entnommen hat; wenn man eine Spur dieses Blutes einer Maus oder einem Meerschweinchen in die Blutbahn bringt, erkrankt es in weniger als 10 Stunden an Milzbrand. Die Pestbakterien verfügen über solche Dauerformen nicht; sie gehen daher in außerordentlich kurzer Zeit durch Austrocknen zugrunde; daher kommt es, daß eine Pestepidemie, wenn sie ihre Zeit gedauert hat, erlischt, während der Milzbrand in den Bezirken, wo er sich eingenistet hat, nicht zu erlöschen pflegt.

Bei der Pest denkt man unwillkürlich auch an die Cholera; es liegt nahe, auch zwischen diesen beiden Krankheiten einen Vergleich zu ziehen. Sie sind nach mehr als einer Richtung hin grundverschieden. Die Cholerabakterien gehen zwar ebenfalls durch Austrocknen außerordentlich schnell zugrunde, aber es besteht in anderer Hinsicht ein wesentlicher Unterschied: Die Cholerabakterien können sich nämlich im Wasser halten und darin sogar unter geeigneten Umständen vermehren; wenn sie z. B. in einen Brunnen, einen Flußlauf oder in eine Wasserleitung gelangen, kann ein explosionsartiger Ausbruch der Cholera, eine Epidemie entstehen, die Tausende von Menschen dahinrafft. Die Pestbakterien dagegen gehen im Wasser in höchstens drei Tagen zugrunde. Die Möglichkeit, daß durch Wasser die Pest entsteht, ist somit ausgeschlossen, das ist ein großer und sehr erfreulicher Unterschied zwischen Cholera und Pest.

Wir können hier noch eins beleuchten, was wir in Pestberichten aus dem Mittelalter oft erwähnt finden. In fast allen großen Epidemien des Mittelalters stürzte sich schließlich die Bevölkerung auf die Aerzte und die Juden und erschlug oder verbrannte sie, weil man der Ansicht war, daß sie die Brunnen vergiftet hätten. Diese Ansicht war gänzlich unhaltbar, denn die Pestbakterien können sich in Brunnen nicht halten. Menschen, die an der Pest zugrunde gingen, müßten also die Pestkeime irgendwo anders aufgenommen haben, und weder die Aerzte noch die Juden trugen die Schuld daran. So wirft die moderne bakteriologische Forschung ein Licht in die Irrtümer längst entschwundener Zeiten.

Es fragt sich nun: Lag eine Veranlassung dazu vor, daß die Pestepidemie in Nord-China eine so große Unruhe in der Bevölkerung erzeugte, wie es der Fall gewesen ist? Die Pestepidemie in Nord-China war weder mit dem schwarzen Tode identisch, noch war sie der einzige Pestausbruch auf der Erde; im Gegenteil, die Pest kommt leider zurzeit sogar in zahlreichen Ländern vor. Ich darf daran erinnern, daß die Pest, die im Mittelalter so außerordentlich verbreitet war, im Laufe der Jahrhunderte immer seltener wurde und schließlich im Laufe des vorigen Jahrhunderts bei uns ganz verschwand, so vollkommen verschwand, daß unser preußisches Seuchengesetz, das bekannte [illegible] 1835, nicht einmal den Namen der Pest

erwähnte. Im letzten Drittel des vorigen Jahrhunderts erschien sie aber wieder, und zwar in Mesopotamien, machte sich dann in unliebsamer Weise geltend im Jahre 1879, wo sie in dem Gebiete der Donschen Kosaken auftrat und in der Kosakenstanitza Wetjanka über tausend Opfer forderte. Damals klopfte sie zum ersten Mal an die Tore von Europa und machte uns darauf gefaßt, daß sie über kurz oder lang zu uns kommen würde. Wie die Aelteren unter uns sich entsinnen, wurde damals von der deutschen Regierung eine Kommission nach Rußland geschickt, um die Pest zu studieren, an ihrer Spitze der schon erwähnte August Hirsch. Diese Expedition hat jedoch das Rätsel der Pest nicht gelöst. Es ist heute nicht mehr möglich, Seuchen zu studieren mit einer noch so großen literarischen Gelehrsamkeit; wer Seuchen mit Erfolg studieren will, der muß vielmehr im Besitz aller Ergebnisse der modernen bakteriologischen Forschung sein.

Die erste Expedition, die zu greifbaren Ergebnissen führte, war die von Koch, Gaffky und Fischer im Auftrage des Reichs unternommene Expedition nach Aegypten und Indien zur Erforschung der Cholera im Winter 1883/84. Sie führte zur Entdeckung des Cholerabacillus und setzte uns in die Lage, die Cholera zu erkennen, die Cholerabakterien zu züchten und zu vernichten; Sie wissen, welche Folgen dies für die Cholerabekämpfung gehabt hat. Seitdem hat die Cholera für uns ihre Schrecken verloren, und in den letzten Jahren ist es uns gelungen, mit einem Erfolg, wie wir es früher kaum geahnt haben, Choleraepidemien zu begegnen.

Auch die Pest ist erst erforscht worden mit Hilfe der bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Der japanische Professor Kitasato, den wir zu Kochs bedeutendsten Schülern zählen, hat mit Hilfe der von Koch ersonnenen Methoden den Erreger der Pest in Gestalt eines wohlcharakterisierten Bacillus entdeckt, allerdings gleichzeitig mit dem französischen Forscher Yersin. Beide führten den Nachweis, daß dieser Mikroorganismus sich findet in dem Auswurf bei Lungenpest, im Inhalt von Pestbubonen und im Blut von Kranken, die an Pestsepticämie zugrunde gingen. Damit war der sichere Nachweis geführt, daß die verschiedenen Formen der Pest einer einheitlichen Krankheit angehören, und daß man einen scharfen Unterschied zwischen Lungenpest und Bubonenpest nicht mehr machen darf.

Diese Forschungen hatten bald weitere Ergebnisse; man lernte den Mikroorganismus züchten, was verhältnismäßig leicht gelang, und fand die Möglichkeit, mit Hilfe des Pesterregers, so wie es bei Typhus, Cholera, Milzbrand gelungen war, schützend und heilend auf den Menschen einzuwirken. Hafkine machte als erster den Versuch, ähnlich wie es Pfeiffer bei Cholera getan hatte, mit Hilfe des Pesterregers ein Schutzmittel gegen die Pest zu finden. Er züchtete in einem Literkolben mit Bouillon die Pestbakterien und reicherte durch ein bestimmtes Verfahren in dieser Bouillon die Bakterien an, tötete sie dann ab und spritzte etwa 3 ccm davon Menschen unter die Haut, um diese vor einer Erkrankung an der Pest zu schützen.

Diese direkte Immunisierung ist an verschiedenen Stellen nachgeprüft worden. Auch unsere deutsche Kommission unter Gaffky in Indien hat ein ähnliches, wenn auch etwas einfacheres Verfahren angegeben. Gaffky vermischte eine frische Agarkultur von Pestbakterien mit etwas Bouillon, tötete sie ab und verwendete sie zur Einspritzung.

Die direkte Immunisierung scheint außerordentlich wirksam zu sein, hat jedoch einige Fehler. Erstens ist sie schmerzhaft, zweitens ruft sie merkliches Fieber hervor, und drittens ist ihre schützende Wirkung nicht dauernd; die direkte Immunisierung nach Gaffky und Hafkine schützt nur für etwa 6 Monate. Da wir aber aus der Geschichte der Epidemien wissen, daß Pestepidemien in der Regel nicht länger als 5 Monate dauern, so ist diese Schutzimpfung doch etwas außerordentlich Wertvolles; man sollte deshalb dafür sorgen, daß die Stoffe zur direkten Immunisierung in bestimmten Instituten regelmäßig bereit gehalten werden. Im Institut für Infektionskrankheiten ist stets eine große Menge von diesem Stoff vorhanden; wenn sich eine Pestepidemie nähern und sich in bedrohlicher Weise ausdehnen sollte, dann werden wir unzweifelhaft empfehlen, nicht etwa, daß das ganze Volk sich damit behandeln lassen soll — das würde zu weit gehen —, wohl aber, daß in den gefährdeten Gegenden alle Aerzte, Schwestern, Krankenwärter, Desinfektoren, auch die Leichenträger, kurz, alle Menschen, die mit Pestkranken in unmittelbare Berührung kommen, sich unverzüglich der direkten Immunisierung mit abgetöteten Pesterregern unterziehen.

Ich will noch hinzufügen, daß man darüber Erhebungen angestellt hat, in welcher Ausdehnung die aktive Immunisierung schützt; es hat sich dabei herausgestellt, daß allerdings nicht alle Menschen, die mit dem aktiven Mittel behandelt worden sind, von Pest frei bleiben, daß jedoch ein enormer Prozentsatz der Geimpften von Pest überhaupt nicht befallen wird, und daß von den Befallenen sehr viel weniger sterben, als dies bei den Personen der Fall ist, die nicht geimpft worden sind. Wir haben also im direkten Immunisierungsverfahren zwar kein Allschutzmittel gegen die Pest, aber wir können dadurch die größte Zahl der Menschen, die gefährdet sind, wenigstens eine zeitlang schützen, und das ist in der Tat viel.

Es gibt noch ein anderes Schutzmittel, das gleichfalls in großer Ausdehnung angewendet worden ist. Kurz vor der Entdeckung des Pestbazillus war Behring im Jahre 1894 mit seiner großartigen Entdeckung des Diphtherieserums vor die Welt getreten; es lag daher nahe, den Versuch zu machen, ob man nicht auch bei der Pest ein Schutz- und Heilserum finden könnte. Diese Versuche sind von Haffkine gemacht und an verschiedenen Stellen nachgemacht worden, auch im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, in Bern, besonders aber in Petersburg. Dieses Pestserum wird in der Weise gewonnen, daß man Pferden frische Kulturen von Pestbakterien tagelang immer aufs neue in die Blutbahn einspritzt, und zwar zunächst abgetötete, schließlich aber lebende. Mit Hilfe dieses Verfahrens wird das Blutserum

der Pferde so wirksam, daß durch seine Einspritzung Menschen gegen Pest immunisiert werden können. Allein, hier ist ein ähnlicher Uebelstand wie beim Diphtherieserum. So groß nämlich die Wirksamkeit des Diphtherieserums als Heilmittel ist, so gering ist sie als Schutzmittel. Behandelt man gesunde Kinder mit einer Einspritzung von Diphtherieserum, so erzielt man zwar eine hohe Immunität gegen Diphtherie, allein die Immunität dauert nur 14 Tage; ebenso ist es bei der Pest. Wenn man daher gefährdeten Menschen Pestserum einspritzt, so werden sie sehr schnell geschützt, die Schutzwirkung tritt fast unmittelbar ein; aber sie dauert nur 14 Tage; mit einer so kurze Zeit dauernden Schutzimpfung ist aber in der Praxis nicht viel anzufangen.

Man ist deshalb dazu übergegangen, ein kombiniertes Immunisierungsverfahren anzuwenden, indem man in Schutzserum abgetötete Pestbakterien aufschwemmte und dieses Gemisch einspritzte, also die aktive mit der passiven Immunisierung verband. Dies scheint sich bewährt zu haben.

Nun lag der Gedanke außerordentlich nahe, ob man dieses Schutzmittel nicht auch als Heilmittel gegen die Pest verwenden könnte. Ausgedehnte Versuche hierüber liegen aus Indien und aus anderen Ländern vor, haben aber bisher einen günstigen Erfolg nicht gehabt. Die Heilwirkung des Pestserums hat sich als eine verhältnismäßig geringe herausgestellt. Wir werden daher, wie ich glaube, wenn wir in die Lage kommen, eine Pestepidemie bekämpfen zu müssen, den Schwerpunkt unseres Handelns darauf legen müssen, die Pest zu verhüten, eingedenk dessen, daß wir sie nicht heilen können.

Ich möchte nun erwähnen, weshalb das Auftreten der Pest in der Mandschurei nicht als etwas Besonderes anzusehen ist.

Die Pest war, wie ich schon sagte, in verschiedenen Teilen der Erde aufgetreten, in besonders bedrohlicher Weise im Jahre 1895 in Vorderindien. Damals hat sie sich zunächst in Bombay angesiedelt, ist von dort aus weiter verbreitet worden über ganz Vorderindien, und es ist, was in hohem Grade zu bedauern ist, nicht gelungen, der Pest in Indien Herr zu werden. Man sollte es kaum glauben, daß es in unserer heutigen, hygienisch so vorgeschrittenen Zeit nicht gelingen sollte, ein Land pestfrei zu machen, da die Krankheit ja, wie ich sagte, durch einen Mikroorganismus erzeugt wird, der keine Sporen bildet und daher schnell zugrunde geht. In Indien starb seit 1895 Jahr aus Jahr ein fast eine Million Menschen an der Pest; im letzten Jahre ist diese Zahl zwar etwas geringer gewesen, immerhin sind doch über 500000 Menschen an der Pest gestorben. Welches Maß von Unglück liegt in diesen Zahlen! Es ist wie ein gewaltiger Brand, der das ganze Land verheert; und Vorderindien ist stets die Quelle für alle Pestverbreitungen gewesen, die wir seit fast 20 Jahren beobachten müssen. Wer die Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts und das Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten mit Aufmerksamkeit liest, wird sehen, daß immer und immer wieder Verschleppungen der Pest aus Indien stattfinden.

Es wäre also eine schöne Sache, wenn es gelänge, die Pest

in Indien zu vernichten. Worauf beruht es, daß dies so große Schwierigkeiten macht? Es beruht erstens darauf, daß die Wohnungsverhältnisse der Eingeborenen in Vorderindien außerordentlich traurige sind. Die englischen Truppen und die besser situierten Engländer, die in Indien wohnen, erkranken nur ausnahmsweise an der Pest; aber in der einheimischen Bevölkerung, die in ihren elenden Wohnungen eng zusammengepfercht ist, haust die Pest in einer so furchtbaren Weise.

Es kommt noch eins hinzu: Die Pest wird bekanntlich durch die Ratten verbreitet; sie scheint für die Ratte sogar gefährlicher zu sein als für den Menschen. Wo die Pest auftritt, erkranken zuerst und am schwersten die Ratten; unter ihnen erhält sie sich, wenn die Menschen schon wieder genesen sind. Die Ratten fressen sich gegenseitig auf; ist eine Ratte an der Pest verendet, so wird sie von ihren Freunden aufgefressen; diese erkranken gleichfalls, und so wird die Krankheit fortwährend weiter übertragen. Auf den Menschen gelangt sie von den Ratten augenscheinlich durch Flöhe. Dies erschien anfangs unwahrscheinlich, weil unter den verschiedenen Flöhen der Ratten sich mehrere befinden, die den Menschen nicht angehen. Es ist aber der Nachweis geführt worden, daß sich zwei Arten darunter befinden, die dies tun, und eine von ihnen ist besonders gefährlich, die man zur Erinnerung an den altägyptischen Pharao Cheops Pulex Cheopis genannt hat Diese Art scheint hauptsächlich die Krankheit unter den Menschen zu verbreiten.

In einem Lande wie Indien, mit seinen schlechten Wohnungen, mit seinem durch Ratten unterwühlten Boden, kann die Pest sich wohl einnisten. Dazu kommt noch eins: Die Indier gehören zwei Religions-Bekenntnissen an. Ein großer Bruchteil sind Mohammedaner, die übrigen aber gehören den Buddhisten an, die bekanntlich an die Seelenwanderung glauben und es für ein Unrecht halten, Tiere zu töten. Wenn ein Feldzug gegen die Ratten unternommen werden soll, dann spielen diese Indier nicht mit. Das ist, wie ich glaube, ein Hauptgrund dafür, daß es so schwierig ist, der Pest in Indien Herr zu werden; denn wenn die Engländer, die ja in der Minderzahl sind, energisch gegen die Ratten vorgehen wollten, würden sie die Bevölkerung gegen sich aufsässig machen.

In Ostasien scheinen im vorigen Winter weniger die Ratten als ein anderes Nagetier, nämlich die sogenannten Tarbaganen, eine Rolle gespielt zu haben. Dieses Tier, Arctomys bobac, lebt dort wild und wird wegen seines schönen Felles, das auch bei uns in großen Mengen eingeführt wird, gejagt. Unter den Tarbaganen sollen schon seit 1894 Pestfälle vorgekommen und von ihnen die Pest auf sibirische Jäger übertragen worden sein. Der russische Bakteriologe Sabolotny hat bei Tarbaganen Pestbazillen nachgewiesen. Ob dieses Tier indessen wirklich die Quelle der diesjährigen Epidemie gewesen, oder ob nicht noch eine Einschleppung der Pest von anderswoher erfolgt ist, konnte noch nicht sicher aufgeklärt werden.

Von Indien ist die Pest, wie ich schon sagte, nach Westen,

Norden und Osten nach verschiedenen Ländern verbreitet worden. Unter diesen ist für uns besonders gefährlich Aegypten, wo seit einer Reihe von Jahren die Pest im Begriff ist, sich einzunisten. Im Mittelalter ist die Pest fast immer von dort zu uns gekommen. Man hat dieser Tatsache, glaube ich, zu wenig Aufmerksamkeit zugewendet. Im Jahre 1905, als ich vom Herrn Minister nach Aegypten geschickt worden war, um die dortigen Quarantäneeinrichtungen kennen zu lernen, habe ich mich in Alexandrien eingehend nach der Pest erkundigt und schon damals darauf aufmerksam gemacht, daß die Pest anfinge, sich einzunisten. Man hat wohl der Sache nicht genügende Aufmerksamkeit zugewendet. Damals gab es in Aegypten erst 4, 5, 6 Orte im Jahre, wo die Pest vorkam; heut zu Tage sind es weit über 30. Damals kam die Pest hauptsächlich in den Hafenstädten des Deltas vor; gegenwärtig ist sie schon Nilaufwärts bis nach Assuan gelangt. Bei dem lebhaften Schiffsverkehr, den wir mit Aegypten haben — nicht nur große Mengen von Baumwolle und anderen Waren kommen regelmäßig von dort zu uns, sondern Aegypten ist auch das Land, wo viele von uns in dem herrlichen, sonnigen und trockenen Klima der Wüste zu beiden Seiten des Nils Genesung suchen undfinden — sollte man aufmerksam sein, damit wir nicht eines Tages durch eine furchtbare Pestepidemie in Aegypten überrascht werden, die leicht auch für uns eine Gefahr abgeben kann.

Die Gefahr der Pesteinschleppung ist heute überhaupt viel größer als in früheren Jahren. Während im Mittelalter zwei bis drei Jahre für die Pest nötig waren, um eine Reise über größere Strecken der Erde zurückzulegen, machen ihr heute die viel besseren Verkehrswege dies viel leichter. Von Indien geht eine große Eisenbahn über Kaschmir an das Kaspische Meer. Auf dem Kaspischen Meer besteht ein großer Transitverkehr nach dem Süden von Rußland. Von Astrachan geht die große Wasserstraße der Wolga und ihrer Nebenflüsse, die, wie ich in Rußland im Jahre 1908 habe feststellen können, unmittelbar bis nach Petersburg führt. Weiter haben wir durch die Trans-Sibirische Eisenbahn einen Schienenweg bekommen, der den fernen Osten direkt mit Moskau verbindet. So hat die Pest die Möglichkeit, wenn sie auf Reisen geht, viel schneller zu uns zu kommen, als in früheren Jahren.

Auch durch den Schiffsverkehr wird die Pest verbreitet. Auf den Schiffen fahren zahlreiche Ratten. Recht häufig kommen in Lissabon, London, Hamburg Schiffe an, die pestkranke Ratten an Bord haben. Nicht weniger als 30 solcher Schiffe sind in den letzten Jahren allein in Hamburg gewesen. Allerdings ist es bisher stets gelungen, die Ratten auf diesen Schiffen unschädlich zu machen. Aber wenn man ein einziges Mal diese Vorsicht außer Acht ließe, wenn es einer einzigen Pestratte gelänge, das Schiff zu verlassen und die in den Sielen und Speichern des Hafens zahlreich vorhandenen Ratten anzustecken, die Gefahr der Einschleppung der Pest wäre eine sehr große.

Deswegen ist es erforderlich — und ich wende mich damit

der Pestbekämpfung zu — daß wir die Pest im Auslande mit der allergrößten Sorgfalt verfolgen, nicht um uns dadurch zu beunruhigen — zur Beunruhigung liegt meines Erachtens keine Veranlassung vor —, aber mit dem scharfen und wachsamen Auge des Feldherrn, der die feindliche Armee beobachtet, um in jedem Augenblick gerüstet zu sein ihr entgegenzutreten.

Die Wege, auf denen sich die Pest auf der Erde verbreitet, sind die Wege des Verkehrs; die Pest reist auch nicht schneller als die Mittel des Verkehrs. Sie reist gelegentlich mit der Eisenbahn, gelegentlich mit dem Dampfschiff. Wenn man aufpaßt, ist es möglich, sie auf ihrer Reise einzuholen und unschädlich zu machen. Zu diesem Zweck dienen z. B. die Quarantäneanstalten. Es ist Ihnen bekannt, daß die Quarantäneanstalten, die schon im Mittelalter eine Rolle gespielt haben, in neuerer Zeit vollständig umgestaltet worden sind. Während im Mittelalter die Schiffe, die aus dem Orient kamen, 40 Tage lang auf der Reede liegen und dort eine Quarantäne durchmachen mußten, bevor sie zum freien Verkehr mit dem Hafen zugelassen wurden, eine Zeit, während deren sich Niemand um sie kümmerte, haben wir gegenwärtig ein Inspektionssystem eingeführt, das darin besteht, daß die Schiffe untersucht und erforderlichen Falls desinfiziert werden. Die deutschen Küsten sind mit 7 auf modernem Standpunkt stehenden Quarantäneanstalten besetzt, die sämtlich in den letzten 25 Jahren teils neu errichtet, teils völlig umgebaut worden sind. Von diesen Quarantäneanstalten befinden sich vier an der Ostsee: auf der Südermole bei Memel an der Mündung des Niemen, auf der Westerplatte bei Neufahrwasser an der Weichselmündung, bei Osternothafen gegenüber von Swinemünde am Ausfluß der Oder, bei Voßbrok an der Kieler Förde; drei an der Nordsee: bei Grode-Cuxhaven an der Ausmündung der Elbe, bei Bremerhaven an der Ausmündung der Weser und auf Nesserland bei Emden an der Ausmündung der Ems. Jede dieser Anstalten besitzt folgende Einrichtungen: Je eine Unterkunft für Kranke, für Krankheitsverdächtige, für Ansteckungsverdächtige, eine große, nach modernen Prinzipien eingerichtete Desinfektionsanstalt, eine Einrichtung zum Baden, ein vollständig eingerichtetes bakteriologisches Laboratorium und die Möglichkeit, alle Abwässer der Quarantäneanstalt zu desinfizieren, bevor sie nach außen gelassen werden. Wir sind ferner in neuerer Zeit dazu übergegangen, an jeder unserer Küsten eine Quarantäneanstalt mit einem Apparat zur Vernichtung von Ratten auf den Schiffen auszurüsten. An der Nordseeküste ist dieser Apparat in Hamburg, an der Ostseeseeküste in Stettin. Schiffe, auf denen ein verdächtiges Rattensterben vorkommt, müssen die Ratten bakteriologisch untersuchen lassen; findet sich unter den Ratten eine, die Pestbakterien enthält, so wird das Schiff bei voller Ladung ausgeräuchert. Dadurch werden die Ratten getötet; das Schiff kann dann entladen werden, ohne daß noch eine Pestinfektion stattfinden kann. Es dient dazu der von Nocht und Giemsa angegebene Apparat, der mit Generatorgas arbeitet. Der Hauptbestandteil dieses

Gases ist Kohlenoxyd, das von enormer Giftigkeit für Ratten ist. Allerdings muß man dabei aufpassen; denn man hat leider einige Fälle beobachtet, wo Menschen, die von der beabsichtigten Ausräucherung nicht rechtzeitig unterrichtet waren und das Schiff nicht rechtzeitig verlassen hatten, durch das Generatorgas getötet worden sind. So etwas darf nicht wieder vorkommen; es läßt sich auch verhüten, wenn die Disziplin in der richtigen Weise gehandhabt und die Mannschaft unter Aufsicht eines Offiziers vom Schiff entfernt wird, bevor mit der Räucherung begonnen wird. Wenn dies aber geschieht, ist das Verfahren ungefährlich. Nicht empfehlenswert ist dagegen die in dem sogenannten Clayton-Apparat verwendete schweflige Säure, die gewisse Waren, wie Obst, Korn, Mehl, zart gefärbte Seidenstoffe usw., sehr angreift.

Was haben wir nun zu tun, um die Pest bei uns selbst zu bekämpfen?

Ich glaube, man hat zweierlei zu tun: Erstens vorbereitend vorzugehen, und zweitens im geeigneten Moment die Bekämpfung in Angriff zu nehmen.

Was die Vorbereitung betrifft, so habe ich gesagt, daß die Pest sich nur da ansiedelt, wo die Wohnungsverhältnisse schlechte sind. Wenn im Mittelalter die Pest eigentlich niemals bei uns ausgestorben ist, so ist die Erklärung dafür, daß alle unsere mittelalterlichen Städte kleine Festungen waren, umgeben von Wall und Graben, in denen die Bevölkerung dicht zusammengepfercht in ungesunden Häusern lebte. Darauf beruhte es, daß diese, wenn sie von einer Seuche befallen wurde, regelmäßig kolossal dezimiert wurde. Im Laufe der Zeiten ist man dazu übergegangen, die Wälle und Mauern niederzureißen; unsere Städte, selbst die Festungen, sind heutzutage offen. Immer mehr strebt man dahin, eine offene Bauweise herbeizuführen, und immer mehr ist man darauf bedacht, Licht und Luft in die Wohnungen hineinzubringen. Freilich ist da noch manches zu bessern. Nach der Statistik besteht in den großen Städten, auch hier in Groß-Berlin, ein großer Bruchteil der Wohnungen aus einem einzigen Zimmer, manche von ihnen allenfalls noch aus einer Küche, die zugleich zum Schlafen dient, in der die ganze Familie zusammengedrängt ist. Das birgt schwere gesundheitliche und sittliche Gefahren. Will man hier Krankheiten verhüten, so muß man sehen, daß die Wohnungsverhältnisse sich allmählich bessern. Es ist in der Beziehung schon viel geschehen, aber es wird noch viel mehr geschehen müssen. Die Quartiere, in denen die Menschen in dieser Weise zusammengedrängt sind, sind diejenigen, die wir im Falle der Pest ganz besonders im Auge behalten müssen, weil in der Regel auch dort Ratten sich einnisten. Im Jahre 1898, als an die Möglichkeit eines Besuches der Pest gedacht wurde, habe ich einmal mit Polizeibeamten die Enceinte von Schöneberg und Charlottenburg durchwandert und da eine ganze Reihe von Häusern angetroffen, die sehr zu denken gaben. In allen großen Städten und Zentren der Verkehrs gibt es eine Menge von Menschen, die keine Wohnung haben, sondern sich

wie ein scheues Gesindel in die Umgegend der Städte flüchten und dort anhäufen, was sie auf dunkle Weise erworben, gestohlen oder sonst wie zusammengetragen haben. Damals habe ich in der Gegend des sogenannten schwarzen Grabens, wo gegenwärtig große Mietspaläste stehen, Häuser gefunden, die aus gestohlenen Brettern zusammengeschlagen waren, in deren Innerem Frauen hausten, die gestohlene Lumpen, Knochen verarbeiteten, und wo es von Ratten wimmelte. Seitdem hat sich vieles gebessert, weil die Polizei solche Behausungen nicht mehr duldet und auf die Bekämpfung der Ratten große Aufmerksamkeit verwendet.

Aber es bleibt noch mehr zu tun. Gerade wir Medizinalbeamten können durch unsere stille aufklärende Arbeit, die nicht nur einsetzen muß, wenn eine Epidemie droht, sondern beständig in Wirksamkeit sein soll, viel erreichen. Was brauchen wir, um Epidemien zu bekämpfen? Dazu brauchen wir vor allem Krankenhäuser. Es muß dafür gesorgt werden, und es ist erfreulicher Weise in letzter Zeit viel in dieser Beziehung geschehen, daß nicht nur in großen Städten Krankenhauspaläste errichtet werden, die manchmal Millionen kosten, sondern daß womöglich jede Kreisstadt mit einem Krankenhaus versehen wird. Es kann mit bescheidenen Mitteln hergestellt werden, wenn es nur ermöglicht, im Falle der Not Infektionskranke darin sicher abzusondern. Nehmen Sie an, daß in einem Ort, auf dem Lande ein Pestfall ausbricht! Wenn wir da die Möglichkeit haben, den Kranken so schnell wie möglich aus seiner Familie heraus und in ein wenn auch einfaches Krankenhaus zu bringen, so ist das sehr viel wert. Ich meine, wir müßten noch mehr als bisher dafür eintreten, daß unsere Kreise und auch kleinere Städte dazu übergehen, einfache, aber den modernen Ansprüchen, soweit möglich, entsprechende Krankenhäuser zu bauen, damit in ihnen im Bedarfsfalle Seuchenkranke untergebracht werden können.

Was brauchen wir weiter? Gut funktionierende Desinfektionseinrichtungen. Auch in dieser Beziehung ist, wie Ihnen bekannt ist, in den letzten Jahren in Preußen viel geschehen. Wir haben durch Errichtung von Desinfektorenschulen es ermöglicht, daß jetzt in jedem Kreise mehrere staatlich geprüfte Desinfektoren vorhanden sind. Noch mehr als bisher — und dafür zu sorgen ist Aufgabe der Kreisärzte — sollten die Kreise sich dazu entschließen, die Desinfektoren als Kommunalbeamte anzustellen, damit diese, ohne auf Gebühren angewiesen zu sein, im geeigneten Falle in wirksamer Weise desinfizieren. Auch die Zahl der Desinfektionsapparate sollte vermehrt, und es sollte dafür gesorgt werden, dass die Desinfektionen womöglich überall unentgeltlich auf öffentliche Kosten vorgenommen werden.

Vor allen Dingen aber müssen wir unsere Bevölkerung durch unsere ganze Tätigkeit, durch unser ganzes Auftreten, durch unsere Vertretung hygienischer Aufgaben dahin bringen, daß sie uns volles Vertrauen schenkt. Nur wenn er das Vertrauen seiner Kreiseingesessenen genießt, kann der Kreisarzt im Falle der Not, wenn es darauf ankommt, energisch vorgehen. Man spricht so viel vom Uebereifer der Kreisärzte. Uebereifer ist

sicherlich nicht zu empfehlen; aber den stillen Eifer, der im verborgenen arbeitet und zielbewußt das vorbereitet, was bei einer Epidemie notwendig ist, diesen Eifer an den Tag zu legen, dürfen wir uns wohl gestatten; denn nur so sind wir in der Lage, wenn eine Epidemie ausbricht, ihr energisch entgegenzutreten, und nur dann finden wir bei der Bevölkerung das Vertrauen, dessen wir bedürfen, um der Epidemie Herr werden zu können.

Und wenn die Pest wirklich kommen sollte, kommt es vor allem darauf an, sich klar zu machen, daß der Verbreiter der Seuche unter den Menschen in erster Linie der kranke Mensch ist. Den kranken Menschen müssen wir ausfindig zu machen suchen; ihn müssen wir absondern, um ihn daran zu hindern, daß er andere ansteckt. Ebenso müssen wir die Krankheitsverdächtigen und die Ansteckungsverdächtigen in Verhältnisse bringen, in denen sie ungefährlich sind, und alles, womit sie in Berührung gekommen sind, in wirksamer Weise desinfizieren.

Vorzubereiten ist weiter eine ausreichende Menge von Immunisierungsstoff, damit er im Falle der Not verwendet werden kann.

M. H., ich bin mir bewußt, nur weniges vorgetragen zu haben, das Ihnen nicht schon bekannt ist. Ich wollte ja auch nur kurz zusammenstellen, was wir im gegebenen Falle zu tun haben.

Ich möchte mit zwei Gedanken schließen:

Der eine ist der der tiefen und unauslöschlichen Dankbarkeit gegenüber dem Manne, der gerade jetzt vor einem Jahre schwer erkrankt und am 27. Mai von uns gegangen ist, Robert Koch, der aus unseren Reihen hervorgegangen ist und uns Wege gezeigt hat, die uns gegenüber früher übermächtig gewesenen Feinden zum Siege führen.

Der zweite Gedanke aber, den ich zum Ausdruck bringen möchte, ist das Gefühl des Vertrauens. Wir an der Zentralstelle haben auf Grund der Erfahrungen, die wir bei den letzten Choleraepidemien gemacht haben, volles Vertrauen zu Ihnen, meine Herren! Ich bin überzeugt, wenn die Pest zu uns kommen sollte, dann werden Sie mit uns zusammenstehen wie ein Mann, und wie es uns gelungen ist, mit Ihrer Hilfe der Cholera Herr zu werden, so wird es uns auch mit Ihrer Hilfe gelingen, unser Vaterland vor den Schrecken der Pest zu bewahren!

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Im Namen des Vereins spreche ich dem Herrn Referenten für seinen hochinteressanten Vortrag unseren verbindlichsten Dank aus und eröffne die Diskussion darüber. — Es scheint Niemand das Wort dazu zu wünschen. Die Ausführungen des Herrn Vortragenden sind in der Tat auch so erschöpfend gewesen, daß sie weiter keiner Hinzufügung bedürfen.

Ich schlage nun vor, daß wir vor der Frühstückspause noch den nächsten Vortrag über „forensische Blutuntersuchungen“ entgegennehmen.

(Allseitige Zustimmung.)

IV. Der gegenwärtige Stand der forensischen Blutuntersuchung.

(Mit Demonstrationen.)

H. Gerichtsarzt Dr. Leers-Gleiwitz, bisher Assistent der Königl. Universitäts-Unterrichts-Anstalt für Staatsarzneikunde zu Berlin: M. H! Zehn Jahre sind verflossen, seit Ihnen zuletzt in Ihrer Versammlung ein Ueberblick über den Stand der forensischen Blutuntersuchung gegeben worden ist. Ziemke schloß damals seinen Vortrag mit den Worten:

„Die Unterscheidung von Menschen- und Säugetierblut oder von Blut verschiedener Säugetierarten untereinander ist auch nach den neuesten Resultaten der wissenschaftlichen Forschung mit der Sicherheit, welche ein bestimmtes Urteil vor Gericht abzugeben erlaubt, zurzeit nicht möglich."

Das war im September 1900. Wenige Wochen später, noch in demselben Jahre, kamen gleichzeitig und unabhängig von einander die Vorschläge von Uhlenhuth, Wassermann-Schütze und Stern, die Präzipitine für den forensischen Blutnachweis nutzbar zu machen. Welch einen gewaltigen Umschwung und Fortschritt nicht nur auf dem uns heute beschäftigenden, sondern auch auf anderen, zahlreichen Gebieten diese Entdeckung hervorgerufen hat, brauche ich nicht vor Ihnen zu betonen. Man spricht nicht mit Unrecht von einer geistigen Atmosphäre; eine Gedanke, von einem kundgegeben, wird von mehreren aufgenommen, ausgebaut, und wenn auch die Wege eine Weile auseinanderzugehen scheinen, im Endglied der Assoziationskette finden sie sich wieder zusammen. So hat die von Behring inaugurierte Antitoxinlehre über die Entdeckung der Präzipitine, die ebenfalls fast gleichzeitig von Rud. Kraus in Wien und Tchistovitsch-Bordet in Paris geschah, die vier Forscher 1900 gleichzeitig zur forensischen Verwertung der Präzipitinreaktion geführt.

Seitdem ist ein Ereignis von gleicher Tragweite zwar nicht zu verzeichnen. Immerhin haben auch die folgenden und die letzten Jahre so manches Neue gebracht, daß es sich wohl lohnt, wieder einen Ueberblick zu halten über dieses für die gerichtliche Medizin so wichtige Sondergebiet.

Kurze Zeit nach der Einführung der Präzipitinreaktion schenkten uns Neisser und Sachs die auf der Bordet-Gengouschen Komplementbindung aufgebaute Methode der Blutdifferenzierung und eine zeitlang hat der Kampf zwischen beiden Rivalen heftig getobt. Jeder auf seinen Vorzügen bestehend, die Schwächen des anderen beleuchtend. Es folgten die Versuche, die Agglutination, die Anaphylaxie, die Erythropräzipitine in gleicher Weise für die Forense nutzbar zu machen; auch der chemisch-physikalische Blutnachweis ist seitdem durch eine Reihe wertvoller Methoden bereichert worden.

Wenn wir dieses große Gebiet in der Zeit, die mir zur Verfügung steht, erschöpfen wollen, muß ich mir manche Beschränkungen auferlegen. Ich will deshalb, zumal ich ja auch vieles

voraussetzen darf, im wesentlichen nur das für den Praktiker Wichtigste herausgreifen.

Ein so eminent praktisches Gebiet wie das vorliegende würde aber, rein theoretisch behandelt, leicht Gefahr laufen, des Interesses und der Spannung verlustig zu gehen, zu ermüden. Ich darf daher ab und zu auch eine Demonstration einfügen.

Unter den Vorproben nimmt die Benzidinprobe heute den ersten Rang ein. Sie übertrifft an Schärfe erheblich die Guajakprobe van Deens. Nach Walther findet sie bei Blutverdünnungen von 1 : 300000, nach Mac Weeney sogar erst bei 1 : 500000 die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit. Bei einer so scharfen Reaktion sind Kontrollen ohne Blut noch mehr angezeigt, wie schon überhaupt bei allen Vorproben. Im übrigen sind die Fehlerquellen der Benzidinprobe geringer als die der anderen Vorproben. Milch, frische Früchte geben zwar nach Mac Weēney eine ähnliche Färbung, die aber bei Anstellung von Kontrollen nicht irreführen kann. Vor allem tritt keine Zerstörung des Blutfarbstoffes durch die Probe ein. Das Blutmaterial kann also noch zu weiteren Untersuchungen dienen. Tabletten von 0,1 Benzidin und 0,1 Natriumperborat sind jetzt im Handel käuflich und haben den Vorteil, daß die Lösung stets bekannten Wert und Stärke haben kann. Man kann die Tabletten in Eisessig lösen und von der Lösung auf das Blutmaterial träufeln oder den Blutflecken mit mit Eisessig benetztem Filtrierpapier abtupfen und die Tupfstelle mit alkoholischer Benzidin- und Natriumperboratlösung beträufeln, was sich besonders bei alten Blutflecken empfiehlt.

An Schärfe steht die Vorprobe mit Phenolphthalein, Zinkstaub und Kaliumoxyd der Benzidinprobe nahe, nach Mirto sogar höher; die Farbenreaktion ist in der Tat eine ebenso eklatante Fuchsinrotfärbung wie dort Azurblaufärbung. Aber die Bereitung des Reagens, das sehr vergänglich ist, ist etwas umständlich. Abarran und Boyer fanden diese Probe nicht brauchbar für Blutharn und organische Flüssigkeiten; nach Mirto geben auch einige pflanzliche Stoffe (Kartoffeln, Tomaten, Kürbis) die Reaktion, eine Fehlerquelle, die sich durch Aufkochen des zu untersuchenden Materials ausschalten läßt.

Auch die Guajakprobe hat noch ihre Freunde und verschiedene Verbesserungen erfahren, die hauptsächlich in der Zufügung von Pyridin zu der alkoholischen Guajaklösung (Florence) oder der Lösung des Guajakharzes in Pyridin (Citron) bestehen. Da das Pyridin ein sehr scharfes Blutlösungsmittel ist, ist diese Modifikation in der Tat wesentlich empfindlicher. Sie soll auch gegen Eisensalze (also Rost), gegen Milch, Sperma, Schleim, Eiter negativ sein.

Sehr viel weniger als diese drei Proben ist die Wasserstoffsuperoxydprobe zu empfehlen. Schon 1905 hat Stockis darauf hingewiesen, daß das Wasserstoffsuperoxyd des Handels oft wenig wirksam ist und an seiner Stelle Natriumperborat empfohlen. Zahlreiche Stoffe wirken ebenso wie der Blutfarbstoff

katalytisch auf Wasserstoffsuperoxyd und Natriumperborat: Rost, Edelmetalle, alle eiweißhaltigen Substrate des tierischen Körpers, Pilze, Bakterien, Holz, Laub, Harz, Erde usw., nach Filippi auch Glas, Talk und Kohlepulver. Alle lassen, wenn auch weniger intensiv und großblasiger, Wasserstoffsuperoxyd aufschäumen. Da aber auch altes Blut nur träge reagiert, so ist der Unterschied nicht immer groß genug, um einen sicheren Entscheid zu geben. Was aber das Schlimmste ist, Wasserstoffsuperoxyd zerstört den Blutfarbstoff, bildet Metallhämol, Hämolum album (Schulz), macht den Blutflecken für weitere Untersuchungen untauglich (Kratter, Mita, Lochte, Pighini u. a.) und, was vielleicht noch weniger bekannt ist, er behindert auch den biologischen Blutnachweis, verlangsamt und schwächt die biologische Präzipitinreaktion. Die H_2O_2-Probe ist also, wie auch die Anweisung, die vom Institut bei den Fortbildungskursen verteilt wird, warnt, nur mit großer Vorsicht zu verwenden und zu beurteilen.

Außer diesen schon länger bekannten chemischen Vorproben sind in jüngster Zeit zwei neue angegeben worden:

Ganassini in Pavia hat krystallinisches Eosin als Reagens vorgeschlagen; aus alkalischer Lösung desselben schlägt sich mit Salzsäure ein gelber Niederschlag, Eosinhydrat, nieder, der in Alkohol gelöst und mit Kalilauge versetzt eine indigoblaue, mit grünlicher Farbe fluoreszierende Lösung gibt, die bei Gegenwart von Wasserstoffsuperoxyd, wenn sie Hämoglobin und seine Derivate enthält, sofort einen tiefgelben fluoreszierenden Ton annimmt, während dieselbe blutfreie Lösung erst langsam in 15 bis 20 Minuten sich entfärbt. Nach den Angaben Ganassinis entfärben indessen auch Ferrizyan und Kalipermangan.

Die andere Probe ist die von Larass angegebene mikrochemische Quecksilberchloridjodidreaktion. Sie besteht in dem Auftreten von rubinroten, stark lichtbrechenden Tröpfchen in den intakten, roten Blutkörperchen und auch im lackfarbenen Blute. Man läßt das Reagens 5 Minuten auf einen am Objektträger angetrockneten Tropfen der Blutlösung einwirken. Auch diese Probe ist nicht streng spezifisch für Blutfarbstoff; denn nach Larass geben pflanzliche Substrate sie ebenfalls. Von den Blutderivaten eigenen sich nur Hämoglobin und Methämoglobin, nicht aber Hämatin. Altes eingetrocknetes, längere Zeit belichtetes, besonntes, erhitztes Blut, das in Hämatin verwandelt und nicht mehr wasserlöslich ist, versagt also. Ebenso durch chemische Einflüsse (Seife, Fette, Oele) verändertes sowie faules Blut.

Alle die genannten chemischen Reaktionen können nur den Wert von Vorproben beanspruchen. Ihr positiver Ausfall gibt keinen sicheren Beweis für die Anwesenheit von Blutfarbstoff, macht ihn höchstens, wenn die Kontrollen negativ ausfallen, möglich. Ihr negativer Ausfall spricht im allgemeinen zwar gegen das Vorhandensein von Blut; absolut verläßlich ist aber auch dieser nicht. In beiden Fällen sind also weitere Unter-

suchungen angezeigt. Das macht sie eigentlich für denjenigen, der die sicheren Blutproben, die Krystalldarstellung und die Spektroskopie beherrscht und mit dem dazu erforderlichen Rüstzeug versehen ist, wohl entbehrlich. Er wird nicht Zeit und Material, besonders wo dieses knapp ist, Versuchen opfern, die im besten Falle nur eine gewisse Wahrscheinlichkeit ergeben für oder gegen die Anwesenheit von Blutfarbstoff.

M. H.! Sogar von den Teichmannschen Krystallen, die über 50 Jahre den forensischen Blutnachweis als einwandfreie und ausschließliche Probe neben den Spektralproben beherrschen, kann ich Ihnen neues berichten. Bei einem Versuch, in dem zunächst keine Krystalle erschienen, die Probe noch zur Hämochromogendarstellung zu benutzen, fanden sich zwischen den Gewebsfasern nach der Reduktion mit Hydrazinhydrat einige leuchtende rubinrote Krystalle von der Form der Teichmannschen. Weitere Versuche ergaben dann, daß diese Krystalle sich, ohne ihre Gestalt zu ändern, reduzieren lassen und das Hämochromogenspektrum geben. Es genügt, den Eisessig völlig zu verdampfen und das Reduktionsmittel hinzuzufügen, um die braunen Häminkrystalle in leuchtend rubinrote zu verwandeln. Sie heben sich so von dem übrigen Substrat viel lebhafter ab, besonders auch von Indigokrystallen, die mit ihnen bekanntlich die gleiche Gestalt und Größe, wenn auch nicht die Färbung teilen. Um die bei zu starkem Erhitzen störende Koagulation des Bluteiweißes zu vermeiden, die das Gesichtsfeld trübt, setzt man dem Eisessig etwas Alkohol zu (Wachholz), dessen niedriger Siedepunkt es nicht so leicht bis zur Gerinnung kommen läßt. Es hat das den Vorteil, daß die Krystalle schöner, ihre Formen größer und typischer werden.

An Stelle des Chlornatriums Bromnatrium oder Jodnatrium zu benutzen, hat 1875 schon Husson vorgeschlagen und unabhängig von ihm neuerdings Sarda. Die Bromnatriumkrystalle sind rötlich braun bis rosagelb, die Jodnatriumkrystalle haben einen violettbraunen bis schwärzlichen Ton.

So wertvoll und unbestritten die Teichmannsche Probe ist, sie versagt zuweilen auch da, wo sicher Blutfarbstoff vorhanden ist. Ist der positive Ausfall also ein sicherer Beweis für Blutfarbstoff, so kann aus dem negativen die Abwesenheit von Blutfarbstoff nicht sicher geschlossen werden.

Ueber den Wert der Haemochromogenkrystalle bestehen noch einige Meinungsverschiedenheiten, aber die Mehrzahl der Autoren, die sich ein eigenes Urteil auf Grund selbständiger Arbeit haben bilden können, spricht sich doch jetzt zu ihren Gunsten aus. Für den, der mit der Technik etwas vertraut ist, sind sie unschwer darzustellen und ein um so sicherer Blutnachweis, als sie das Hämochromogenspektrum zeigen. Sie sind also den Teichmannschen Krystallen zum mindesten ebenbürtig. Ein zu starkes Erwärmen kann indessen die Bildung der Krystalle

sofort verhindern; zum Blasenwerfen wie bei der Teichmannschen Probe darf es nicht kommen. Der Luftzutritt ist möglichst zu vermeiden. Sehr altes Blut ist längere Zeit zu extrahieren. Aus reinem Hämatin gelingen sie ebenso wenig wie die Teichmannschen. Auf die verschiedenen Möglichkeiten der Darstellung will ich hier, wo ich sie nicht zeigen kann, nicht eingehen. Die gebräuchlichste ist die von de Dominicis und Cevidalli eingeführte, auf den Angaben Donoganys fußende Methode der Lösung des Blutfarbstoffes mit Pyridin und Reduktion mit Schwefelammonium oder besser Hydrazinhydrat. Auch die von Lecha-Marzo angegebene Darstellung mit Pyridin und Jodjodkalilösung ist brauchbar; sie gibt schon ohne Erwärmen schöne dunkelbraunrote Jodhämochromogenkrystalle.

Die Freundlickkeit beider Autoren ermöglicht es mir, Ihnen diese ersten Arbeiten zu zeigen, in denen sie schon vortreffliche Abbildungen dieser Krystallformen sehen. Ihnen und allen Autoren, besonders den belgischen und italienischen, bin ich für ihre literarische Unterstützung zu Dank verpflichtet.

Das jüngste nicht nur durch den Inhalt, sondern auch durch seine Ausstattung hervorragende Werk über diesen Gegenstand ist aus dem Kobertschen Institut hervorgegangen und gibt eine Serie der besten photographischen Abbildungen von Hämochromogenkrystallen, die Dilling mittelst Pyridin, Piperidin und deren Derivaten hergestellt hat. Auch Kobert und Dilling schließen ihre Studie mit der Aeußerung, daß die Hämochromogenkrystallprobe sogar noch in solchen Fällen verwendbar sei, wo die Häminprobe zweifelhafte oder gar keine Resultate lieferte, z. B. bei Rostblut, durch Seife, Fette, Farbstoffe verunreinigtem sowie bei erhitztem Blut.

Wenn sich auch aus dem Blute fast aller Wirbeltierordnungen diese Krystalle herstellen ließen, so ist eine Unterscheidung der Arten durch die Verschiedenheit der Krystallformen, wie Wilbrand 1861, H. U. Kobert 1901 und Dilling 1910 versucht haben, nicht möglich. Vielmehr kommen auch bei dem Blute eines und desselben Tieres recht verschiedene Typen der Krystalle vor.

Bevor ich auf die Spektroskopie des Blutfarbstoffes eingehe, möchte ich Ihnen zuerst einige neuere handliche Apparate zeigen, die sich für den Praktiker besser eignen als die umständlicheren, wenn auch vollkommeneren Stativapparate. Auch diese kleineren Handapparate Browningschen Modells können mit Wellenlängenskala und Vergleichsspektrum ausgestattet werden. Bürker in Tübingen hat ein Universalspektroskop angegeben, das den Vorzug hat, daß sich auch die im Ultraviolett liegenden Banden sichtbar machen lassen.

Um auch kleinste Blutspuren der spektroskopischen Untersuchung zugänglich zu machen, dient uns als ein unentbehrlicher Apparat das Mikrospektroskop, eine Vereinigung von Mikroskop und Spektralapparat, wie Sie es hier sehen. Ein Blut-

schüppchen oder Stäubchen genügt, um hiermit ein mikroskopisch vergrößertes Spektrum zu erhalten. Man wird zu der Hämochromogendarstellung mit alkalischen und reduzierenden Mitteln oder zur Bildung sauren Hämatoporphyrins mittels konzentrierter Schwefelsäure greifen, je nach dem Alter oder den Veränderungen des Blutes.

Auch die Photographie der Blutspektren wird sich voraussichtlich zu einem wichtigen forensischen Hilfsmittel entwickeln. Die Spektrophotographie ermöglicht es nicht nur die Spektren viel exakter zu differenzieren, als es das Auge allein vermag, sie hält auch das spektralanalytische Ergebnis einer verdächtigen Spur auf der Platte fest, asserviert es also, was bei Vergiftungen von Wichtigkeit sein kann. Sie gibt vor allem auch die Absorptionsstreifen im Violett und Ultraviolett exakt wieder. Die hier liegenden Absorptionsstreifen sind deshalb so wertvoll, weil sie in viel höheren Verdünnungsgraden der Blutlösung zum Ausdruck kommen, also in Fällen, wo für gewöhnlich kein Spektrum mehr sichtbar ist. Das Hämochromogen, Kohlenoxydhämochromogen und das Zyanhämochromogen haben nach den Untersuchungen Bürkers und Ziemkes solche charakteristischen Banden im Violett, die sie von Farbstoffen mit dem Blute ähnlicher Spektren (Eosin, Fuchsin, Karmin, Säureanthrazen, Indigo) unterscheiden.

Ueber die zahlreichen Lösungsmittel, die uns zur Verfügung stehen, und die Spektren, die sie geben, muß ich hinweggehen. Ich möchte nur wenige Worte über die Technik, über die Bemühungen auch kleinste Spuren der Untersuchung zugänglich zu machen und störende Beimengungen auszuschalten, sagen.

Es ist von Wert, die Untersuchung besonders bei kleinen Blutspuren so einzurichten, daß möglichst viele Proben damit angestellt werden können, um, wenn die eine mißlingt, noch andere versuchen zu können. Von den Vorproben eignet sich hierzu die Benzidin- und auch die Guajakprobe, die den Blutfarbstoff nicht wesentlich verändern. Man kann dieselben Blutpartikelchen, die die Bläuung gegeben haben, entnehmen und nach Alkalisierung und Reduktion mikrospektroskopieren. Oder man kann sie zunächst zur Darstellung Teichmannscher Krystalle benutzen, diese reduzieren und ihr Hämochromogenspektrum konstatieren. Oder man kann mit ihnen Hämochromogenkrystalle erzeugen, die ebenfalls ihr Spektrum haben. Bleibt die Krystallbildung aus, so erhält man, worauf Florence hingewiesen hat, vielfach noch am Rande des Deckgläschens braune Antrocknungen, die, reduziert, das Hämochromogenspektrum geben. Durch Zufügung von konzentrierter Schwefelsäure kann auch das Hämatoporphyrinspektrum noch erhalten werden (Corin).

Auf diese Weise kann also mit ein und demselben Blutpartikelchen eine Reihe von Proben angestellt werden, die ein Mißlingen des Blutnachweises infolge Mißlingens der einen oder anderen Probe fast unmöglich macht.

Um kleine Mengen Blutfarbstoff in größeren Flüssigkeits-

mengen nachzuweisen, kann man die Flüssigkeit im Wasserbad auf wenige Kubikzentimeter einengen, aber nur wenn sie klar ist. Im anderen Fall macht man sie besser mit Kalilauge stark alkalisch und engt den Blutfarbstoff mittelst Pyridin ein oder indem man gleiche Teile der Flüssigkeit mit Alkohol mischt, Chloroform zusetzt und aus der Emulsion den Blutfarbstoff als zarte rote Flocken ausscheidet, abfiltriert und zur Mikrospektroskopie verwendet.

Zahlreiche Arbeiten beschäftigen sich mit der Ausschaltung von Farbstoffen, die die Spektroskopierbarkeit der Blutlösung um so mehr stören können, als sie ein eigenes Spektrum besitzen, wie z. B. der Indigo. Hier ist die Darstellung alkalischen Hämatoporphyrins am Platze oder die Krystalldarstellung. Neuerdings hat Stockis die 5proz. Ammoniaklösung empfohlen, die den Indigo ungelöst läßt; brauchbar ist auch die 10proz. Kalilauge mit einem Reduktionsmittel, die ebenfalls Indigo nicht in Lösung führt und Hämochromogen gibt.

Allem diesem ist jedoch überlegen ein überaus einfaches Verfahren von Florence, der das blutgefärbte Gewebe mit 33prozentiger Kalilauge, der er etwas Honig zusetzt, mazeriert. Der Indigo wird eminent aus dem Gewebe ausgelaugt, während die Blutbröckel, wie Sie sehen, durch den Honig zu Hämochromogen reduziert, in leuchtend roter Farbe sichtbar und dem mikroskopischen und spektroskopischen Nachweis zugänglich werden. Auch für die gebräuchlichen Rotfarbstoffe eignet sich diese Probe.

Die Mikroskopie wichtiger Beimengungen, die zuweilen über die Herkunft des Blutes Auskunft geben, ist von Kockel gefördert worden. Ich erinnere nur an die Wichtigkeit der Erkennung von Menstrualblut, Lochialblut, Abortblut, Blutungen bei Notzuchtsverbrechen, Sodomie usw. für den Gang des Verfahrens, für den Untersuchungsrichter, an den Wert des Befundes von Haaren, Federn, Spermien, Krystallen, charakteristerischer Zellen und Zellgewebes, aber auch anorganischer Bestandteile: Stroh, Holz, Gräser, Kleidungspartikel. Durch Einbettung der verdächtigen Bluts- und Gewebspartikel in Zelloidin oder Paraffin läßt sich in Schnittserien ihre Natur aufdecken. Der mikroskopische Befund charakteristischer Vogelfedern, besonders der Dunen nach Kokels Beschreibung, hat uns wiederholt unterstützt und die Angaben des Angeklagten bestätigt oder widerlegt.

Florence, der schon so vieles von bleibendem Wert für die gerichtliche Medizin gebracht hat, verdanken wir auch ein neues Verfahren, die Blutspur direkt am Objekt zu mikroskopieren. In Deutschland ist es der Vertikal-Illuminator von Zeiss und der Opak-Illuminator von Leitz, den ich Ihnen hier habe aufbauen lassen, in Oesterreich das Metallmikroskop von Reichert, die hierzu benutzt werden. Sie sehen dort im Apparat und ebenso hier auf diesen Photographien Vogelblutkörperchen auf metallener Fläche angetrocknet; besonders deutlich hebt sich der Kern ab. Leider ist die Methode

auf Objekte beschränkt, die das Licht reflektieren: Metalle, Steine, Porzellan, Elfenbein, Spiegelglas, nicht aber gewöhnliches Glas, es sei denn, daß man ihm einen undurchlässigen Hintergrund gibt. Es eignen sich nicht dazu lichtdurchlässige Stoffe und solche, die das Blut stark in sich aufsaugen, wie es Holz vielfach tut, und Kleiderstoffe.

De Dominicis war der erste, der 1907 in mehreren Veröffentlichungen zeigte, daß im reflektierten Licht auch die Mikrospektroskopie möglich ist und diese auch an Objekten gelingt, die das Blut aufsaugen, was von Fränckel bestätigt wurde. De Dominicis will auch in einem Falle eine Artdiagnose im reflektierten Licht gestellt haben, menschliche Blutkörperchen von solchen vom Hund unterschieden haben. Kalmus gelang auch die Hämochromogenkrystalldarstellung an opaken Okjekten im reflektierten Licht. Aber dadurch wie auch durch die Darstellung des Spektrums wird immer ein Teil der Spur zerstört; der Nutzen der Florenceschen Methode liegt aber gerade in dem Erhalten der Blutspur, vor allem in der Möglichkeit, sie direkt vom Objekt mikrophotographisch aufzunehmen und so zu asservieren.

Je glatter die Oberfläche und je dünner die Blutschicht, desto besser gelingt die Einstellung, während Unebenheiten und kompakte Auflagerungen undeutlich verschwommene Bilder geben. Rostschollen können Blutkörperchen täuschend ähnlich sehen. Die Florencesche Methode ist also ein großer Fortschritt in der Mikroskopie und der Mikrophotographie der Blutspur. Aber ihre Anwendbarkeit ist beschränkt und die Handhabung des Apparats erfordert einige technische Uebung. Für den Praktiker wüßte ich keinen einfacheren, schnelleren und sichereren Blutnachweis als die Mikrospektroskopie, die mit einem Stäubchen von Blut auskommt.

M. H.! Ich komme zur Besprechung der biologischen Bestimmung der Blutart. Vier sichere Methoden stehen uns heute zu diesem Zweck zur Verfügung: Die Serumpräzipitinreaktion, die Erythropräzipitinreaktion, die Komplementbildung und die Anaphylaxie. Allen Einwendungen und aller Konkurrenz gegenüber, die sie im Laufe der 10 Jahre erlebt hat, ist die Präzipitinreaktion, das will ich gleich vorausschicken, als Siegerin hervorgegangen. Für den Praktiker ist sie die biologische Reaktion; sie ist auch so einfach und sicher, daß ihrer Verwendung in der Praxis keine Schwierigkeiten entgegenstehen.

Ueber die Bereitung des Antiserums will ich nur wenige Worte sagen, da es ja meist fertig und sorgfältig in bezug auf seine Wertigkeit und Artspezifität geprüft in Ihre Hände gelangt. Zur Vorbehandlung der Kaninchen benutze ich nur reines angewärmtes Serum, spritze meist intravenös, selten intraperitoneal, und zwar die ersten beiden Injektionen zu je 2—3 ccm in einem Zwischenraum von 14 Tagen. Nach 8 Tagen erhält das Tier eine dritte Injektion und am 8. bis 10. Tage nach dieser

entnehme ich das Antiserum, wenn eine Probe eine genügende Wertigkeit von 20000 bis 30000 ergeben hat. Vielfach ist die Wertigkeit dann schon höher, 50000 bis 100000. Eine schnellere Immunisierung in wenigen Tagen, wie sie Fornet und Müller versucht haben, ist zwar möglich, aber nicht zu empfehlen, da sie viele Tierverluste mit sich führt.

Die Wertigkeit des Antiserums wird an steigenden Verdünnungsgraden von dem zur Einspritzung benutzten Serum und am gleichnamigen Blut geprüft. Die Artspezifität in der gleichen Weise an möglichst vielen heterologen, also meistens Tierblutarten. Nach Klärung und Sterilisation wird es in Glaskapillaren von dieser Form eingesaugt, in denen es sich Monate bis Jahre lang hält, wobei jeder konservierende Zusatz zu entbehren ist.

Hat sich bei der Aufbewahrung ein Niederschlag, eine Autopräzipitation gebildet, was jedoch nur dann der Fall ist, wenn das Tier zu früh entblutet wurde und noch von dem Antigen im Blute enthält, oder sind Salze oder Fette (Cholestearin) ausgefallen, so muß das Antiserum durch Papierfilter filtriert werden.

Andere Konservierungsmethoden, wie z. B. die Eintrocknung im Vakuum, die Antrocknung auf Papier haben sich für forensisches Antiserum nicht so bewährt, wie es für die therapeutischen oder klinisch diagnostischen Seren der Fall ist, weil die Lösungen solcher getrockneten Antiseren nicht genügend klar sind.

Was die Anstellung der Präzipitinreaktion im forensischen Fall betrifft, so wissen Sie, daß der Blutfleck in physiologischer Kochsalzlösung gelöst und der Extrakt klar filtriert wird. Zu 1 ccm desselben wird 0,1 ccm Antiserum durch Unterschichtung mittelst einer Pipette zugesetzt.

Als Kontrollen sind unbedingt erforderlich die Prüfung des Antiserums 1. in physiologischer Kochsalzlösung, 2. in einer Blutlösung der Blutart, die nachgewiesen werden soll, die in dem forensischen Fleck vermutet wird, 3. in Normalserum der zur Einspritzung benutzten Tierart, also gewöhnlich Kaninchenserum, und 4. event. in den heterologen Blutarten, auf die das Antiserum etwa übergreift. Man bedarf also zu einer vollständigen Blutuntersuchung etwa 1—2 ccm Antiserum.

Mit bedeutend geringerer Menge kommen Sie jedoch aus, wenn Sie die Präzipitinreaktion in den von Hauser angegebenen Kapillaren ausführen, zunächst den Blutextrakt aufsaugen, dann das Antiserum und die untere Oeffnung der Kapillare mit Plastilin verschließen. Die Probe ist, trotzdem sie so geringe Mengen beansprucht, ebenso verläßlich wie die Probe im Reagenzröhrchen. Auch hier sind in der gleichen Weise die Kontrollen anzuschließen.

Ich halte die Gefahr der sogenannten heterologen Trübungen, also der Uebergriffe mancher Antiseren auf verwandtschaftliche und weiterabstehende Arten, für denjenigen, der einigermaßen mit der Reaktion vertraut ist und sich an die oft gegebenen Vorschriften hält, für nicht sonderlich groß. Die geschilderte Art der Immunisierung durch wenige, seltene Einspritzungen an Stelle der früher geübten häufigen hat übrigens dieses Gespenst fast

vollständig verscheucht. Sie hat außerdem gezeigt, daß es weniger auf die Menge des eingeführten Serums ankommt, als auf die Auswahl und das Wohlbefinden des Tieres. Je länger und häufiger das Tier durch die Einspritzungen malträtiert wird, desto mehr ist ein Uebergreifen des Antiserums zu befürchten. Sodann ist von Wichtigkeit, daß die Vorbehandlung möglichst mit Serum aus ein und derselben Quelle beendet wird. Das Ideal, das Antiserum mit dem Blute des Individuums zu bereiten, dessen Blut nachgewiesen werden soll, wird sich nur in den seltensten Fällen verwirklichen lassen. Jedenfalls erhalten Sie zu Ihren forensischen Blutuntersuchungen nur solches Antiserum, das nach all diesen Richtungen hin sorgfältig geprüft und durchaus einwandfrei befunden worden ist. Daß es wünschenswert ist, daß die Blutuntersuchung dem beamteten Arzt verbleibt und nicht in andere Hände gelangt, ist hinreichend oft genug betont worden. Dem beamteten Arzt wird seit Jahren auf Wunsch spezifisches Antiserum vom Kaiserlichen Gesundheitsamt, dessen Etat hierfür ausgestattet ist, gegen geringes Entgelt geliefert.

Neben der Serumpräzipitinreaktion haben wir heute noch eine zweite Präzipitinmethode: die Erythropräzipitinreaktion. Die Studien A. Kleins in Wien haben 1904 gezeigt, daß es gelingt, mit allen getrennten Bestandteilen des Blutes, also nicht nur mit dem Serum, sondern auch mit den Erythrozyten, mit Hämoglobin und mit den Stromata zu immunisieren. Für die gerichtliche Medizin war besonders wichtig, daß das mit dem Extrakt von roten Blutkörperchen, also reinen Hämoglobinlösungen, erzeugte Antiserum ausschließlich mit Hämoglobinlösungen reagiert, nicht aber mit hämoglobinfreiem Serum.

Hier war die Aussicht gegeben, den Blutnachweis, der jetzt zwei Prüfungen beansprucht: die chemisch-physikalische auf Blutfarbstoff und die biologische auf die Eiweißart, und der nur durch Kombination dieser beiden Ergebnisse den Schluß auf eine bestimmte Blutart gestattet, wesentlich zu vereinfachen und auf eine Prüfung, die biologische, zu beschränken. Ich habe daher diese Versuche Kleins vom forensischen Standpunkt aus fortgesetzt und konnte nicht nur die Tatsache bestätigen, daß die Erythropräzipitine artspezifisch sind, sondern auch, daß sie anderweitigem Körpereiweiß gegenüber Organspezifität besitzen. Dasselbe wurde dann auch von H. Pfeiffer durch den Anaphylaxieversuch bewiesen. Da es in manchen Fällen, z. B. bei der Untersuchung von Eiweißartgemischen auf die Organspezifität des Antiserums ankommen kann, so bildet die Erythropräzipitinreaktion eine willkommene Verfeinerung des biologischen Blutnachweises. Zu ihrer Anstellung ist der Blutfleck in destilliertem Wasser zu lösen, um möglichst viel Blutfarbstoff auszulaugen, und die Lösung auf physiologischen Kochsalzgehalt zu bringen. Im übrigen verfährt man ganz nach den Regeln, wie sie für die Serumpräzipitine bestehen.

Wie die Präzipitinreaktion auf der Erzeugung eiweißfällender Antikörper, der Präzipitine, beruht, so hat die dritte biologische

Methode, die **Komplementbindung**, die Bereitung von blutkörperchenlösenden Antikörpern, von Hämolysinen, zur Voraussetzung. Nach den Versuchen von **Bordet-Gengou** und **Moreschi** erhält ein tierisches Eiweißantigen durch Vermittelung eines spezifischen Antikörpers (Ambozeptor) die Fähigkeit, beliebiges Komplement an sich zu reißen, zu binden. Ist dagegen der Ambozeptor für das Antigen nicht spezifisch, so bleibt die Vereinigung der drei Körper aus. Ob das Komplement gebunden ist oder nicht, wird durch Zusatz des hämolytischen Systems (Blutkörperchen und hämolytischer Ambozeptor) erkannt.

Diese Komplementbindungsmethode haben **Neisser** und **Sachs** 1905 für die Blutdifferenzierung empfohlen. Es ist also dazu erforderlich: 1. das Antigen = der Extrakt aus dem Blutfleck, 2. der spezifische Ambozeptor = das homologe Antiserum, 3. das Komplement = Meerschweinchenserum, 4. der Indikator = Hammel- oder Rinderblutkörperchen und 5. der hämolytische Ambozeptor = das die Hammel- oder Rinderblutkörperchen lösende Antiserum. Er wird jetzt wohl allenthalben künstlich bereitet durch Einspritzung defibrinierten Blutes.

Die Komplementbindung ist zweifellos spezifischer als die Präzipitinreaktion. Die Gefahr heterologer Trübungen ist infolge der Möglichkeit kleinste Mengen Antiserum zu verwenden viel geringer. **Sie ist auch sensibler**; denn sie antwortet schon auf viel kleinere Reize **und gibt auch dann noch einen Ausschlag, wenn die Präzipitinreaktion schon versagt.** Das hat sie bekanntlich für die Nahrungsmittelkontrolle so wertvoll gemacht, wo sie kleinste Mengen fremdartigen nativen Eiweißes in gekochten, geräucherten Lebensmitteln nachzuweisen imstande ist.

Aber die große Empfindlichkeit ist anderseits eine Gefahr, macht viele Kontrollen notwendig und erschwert zuweilen die Beurteilung des Resultates. Nur nebenbei will ich noch die Möglichkeit der Komplementbindung durch andere Stoffe als Eiweiß erwähnen, die ihrerseits wieder durch besondere Kontrollen ausgeschaltet werden muß. **Alles das und der große Apparat nicht schnell und leicht zu beschaffender Ingredienzien macht sie für den Praktiker weniger geeignet als die Präzipitinreaktion**

Die letzte und jüngste biologische Methode ist der **Anaphylaxieversuch.** Unter Anaphylaxie oder Ueberempfindlichkeit versteht man den Zustand des Tieres, der sich nach Einverleibung (Sensibilisierung) mit kleinsten Eiweißmengen einstellt und der sich dadurch kundgibt, daß eine zweite Injektion derselben Eiweißart, nach einem gewissen Intervall ausgeführt, toxisch wirkt. Es treten typische Krankheitserscheinungen, Temperaturabfall, Symptome, die man als den anaphylaktischen Shok bezeichnet, oder gar der Tod ein.

Auch die Ueberempfindlichkeit geht auf Beobachtungen **Behrings** 1893 mit Bakteriengiften zurück. Und wieder waren es **Uhlenhuth** und seine Schule, sowie nach ihm auch **Pfeiffer**,

Thomsen u. a., die sie für den forensischen Blutnachweis zu verwerten vorschlugen.

Ohne auf die theoretischen Fragen über das Wesen der anaphylaktischen Reaktion näher einzugehen — die Literatur ist bereits ins Unendliche angewachsen — wollen wir uns als Praktiker besonders mit der Technik und der forensischen Brauchbarkeit der Reaktion beschäftigen.

Ob sie auf Fermentwirkung oder einem nicht abgebauten Eiweißkörper, dem Anaphylaktin, oder, wie mit **Friedberger** die meisten wohl annehmen, auf Antikörper-Antigenwirkung beruht, oder ob das Komplement der wichtigste Faktor ist, sind theoretische Fragen von wissenschaftlichem Interesse. Jedenfalls lösen alle Präzipitin erzeugenden Stoffe auch Ueberempfindlichkeit aus. Ob aber die anaphylaktischen Reaktionskörper mit den Präzipitinen identisch sind, ob sie in der Blutbahn kreisen oder an die Zellen gebunden sind — humoral oder zellulär sind — ist ungewiß.

Ebenso wenig ist man sich einig, ob sie zentral wirken — dafür spricht, daß Narcotica ihre Wirkung aufheben — oder peripher — durch Blutdrucksenkung — oder durch Krampf der Bronchialmuskulatur — für dieses spricht der Sektionsbefund der Lungenstarre — oder endlich, ob das Anaphylatoxin auf die Leber wirkt und diese erst sekundär das Gift produziert.

Als Reaktionstier ist allgemein das Meerschweinchen im Gebrauch. Es erhält eine geringe Dosis, etwa 1 ccm einer Verdünnung 1 : 50 bis 1 : 100 von dem zu untersuchenden Blutflecken in physiologischer Kochsalzlösung und zwar inkardial, intrazerebral, intraperitoneal oder intravenös oder auch retrookulär. Es bedarf dann einer gewissen Inkubationszeit, während der das Anaphylatoxin gebildet wird. Gewöhnlich nach 4 Wochen wird dann das homologe Antigen, also Normalserum in etwas größerer Dosis (1 ccm) in derselben Weise eingespritzt. Dieses trifft den fertig gebildeten ambozeptorartigen Antikörper im Tierleib und bildet mit ihm, wahrscheinlich unter Mitwirkung des Komplements, das Gift, das den charakteristischen Shok auslöst.

Das Normalserum muß, weil es an sich toxisch wirken würde, inaktiviert werden durch halbstündiges Erwärmen auf 56°. An seiner Stelle empfiehlt **Caporali** Aszitesflüssigkeit, die weniger toxisch wirkt und nicht inaktiviert zu werden braucht.

Man unterscheidet leichte, schwere und tödliche Reaktionserscheinungen. **Forensisch sollten jedoch nur die schweren tödlichen als positiver Ausfall verwertet werden**, wenn sie bei mehreren Versuchstieren in gleicher Weise auftreten, also schwerer Kollaps und Tod in wenigen Minuten. Stets sollte man auch die Autopsie der Tiere anschließen und durch den inneren Befund (Hämorrhagien an Herz und Lungen, Milz, Darm, Starre und Blähung der Lungen) die anaphylaktischen Erscheinungen erhärten.

Wie bei der Komplementbindung **erfordert auch hier die Feinheit der Reaktion zahlreiche Kontrollen**, etwa

8 bis 10 Tiere mindestens für jede Untersuchung. Das macht den anaphylaktischen Versuch umständlich, zeitraubend und infolge des Verbrauches vielen Tiermaterials auch kostspielig.

Sodann ist nicht zu leugnen, daß auch nach der Injektion heterologen Blutes zuweilen ein anaphylaktischer Shok auftreten kann und sich dadurch die Beurteilung des Resultates erschwert. Ueber die quantitative Gestaltung des Versuches, wie sie Pfeiffer vorschlägt, fehlen mir eigene Erfahrungen.

Die Spezifität der Anaphylaxie ist groß. Uhlenhuth und Pfeiffer haben sie auch zur Differenzierung verwandter Arten herangezogen, zum Teil mit Erfolg; aber absolut art- und organspezifisch ist sie ebensowenig wie die Präzipitinreaktion und die Komplementbindung. Ihre Sensibilität ist dagegen hochgradig und übertrifft die der genannten Methoden. Sie eignet sich daher für minimale Eiweißmengen, besonders wieder für denaturiertes Eiweiß, wo die Präzipitinreaktion im Stiche läßt. Erhitztes, gekochtes, gefaultes Eiweiß macht für natives Eiweiß anaphylaktisch. Neuerdings hat die Uhlenhuthsche Schule sie zur Differenzierung von Knochen, besonders chemisch und physikalisch veränderten, verwertet, was ja für die gerichtliche Medizin von Bedeutung ist.

M. H.! Ich möchte die Besprechung der Anaphylaxie nicht schließen, ohne zu erwähnen, wie sehr ihr Studium auch auf anderen Gebieten befruchtend gewirkt, das Verständnis für gewisse Erscheinungen und Krankheiten geweckt hat. Die Idiosynkrasien, die nach dem Genuß von verdorbenen Nahrungsmitteln, aber auch nach dem Genuß von Eiern, Schweinefleisch, Kuhmilch, dem Fleisch von Fischen, Krustazeen, Mollusken, Muscheln, von Gemüsen und Früchten, von Arzneimitteln auftreten, also solche alimentärer und medikamentöser Natur, gehören zur Anaphylaxie, ebenso die Serumkrankheiten, die mit ähnlichen Erscheinungen einhergehen wie sie. Erfolgreiche Versuche, mit Plazenta zu anaphylaktisieren, machen es wahrscheinlich, daß die puerperale Eklampsie, die man früher auf Urämie oder funktionelle Neurose zurückführte, wahrscheinlich eine autoanaphylaktische Erscheinung ist und auf dem Einbruch von Plazentazellen in die mütterliche Blutbahn beruht. Die Anaphylaktisierung gegen Krebssaft ist bereits gelungen, wenn auch praktisch noch nicht verwertbar.

Wenn ich zum Schlusse noch einmal die biologischen Reaktionen in Parallele stellen und sie auf ihren praktischen forensischen Wert prüfen darf, so scheint mir das Uebergewicht der beiden Präzipitinreaktionen unbestreitbar. Es gibt nur sehr wenige Fälle in der Praxis, in denen sie nicht schnellstens und mit geringen Mitteln eine eindeutige Antwort gäben. Ich bekenne mich als einen begeisterten Anhänger dieser Reaktionen und ich darf es, weil ich ihren Wert in hunderten von Einzeluntersuchungen erproben konnte. Das dem Institut zugehende Untersuchungsmaterial hat sich in den beiden letzten

Jahren mehr als verfünffacht. Für die Komplementbindung und den Anaphylaxieversuch bleiben dagegen praktisch diejenigen seltenen Fälle reserviert, in denen die Präzipitinreaktion versagt, weil die zur Untersuchung verfügbare Eiweißmenge zu gering oder in erheblichem Grade denaturiert ist oder nicht genügend geklärt werden kann.

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion über den Vortrag.

H. Dr. **Paul Fraenckel**, Privatdozent in Berlin: M. H.! Zu den erschöpfenden Ausführungen des Herrn Referenten möchte ich nur einige praktische Bemerkungen machen, die sich ergeben haben teils bei zahlreichen eigenen Untersuchungen, teils besonders auch im Verkehr mit den Herren Medizinalbeamten bei Gelegenheit der Fortbildungskurse. Das eine betrifft die praktische Bewertung der Wasserstoffsuperoxydreaktion, die bei Herrn Kollegen Leers etwas schlecht weggekommen ist, und zwar auf Grund der theoretischen Erfahrung, daß Wasserstoffsuperoxyd den Blutfarbstoff bei ungeschickter Anwendung erheblich zerstört. Es ist dies nicht eine Erfahrung aus dem Jahre 1905, sondern man weiß längst, daß das Wasserstoffsuperoxyd, ein bekanntes Bleichmittel, wie andere Farbstoffe auch den Blutfarbstoff vernichten kann. Es ist aber sehr leicht, eine erhebliche Verringerung des Farbstoffes zu vermeiden, wenn man nicht zu stark konzentrierte Lösungen nimmt, etwa 1 prozentige, diese neutralisiert verwendet und sie besonders nur kurze Zeit einwirken läßt. Es ist mir in sehr vielen Fällen gelungen, die geringsten Spuren doch noch so zu erhalten, daß die Präzipitinreaktion einwandfrei gelungen ist. Ich hatte schon neulich Gelegenheit, im Fortbildungskursus dafür einzutreten, daß diese gerade für den Praktiker durchaus brauchbare und leicht ausführbare Vorprobe, die auch sonst von unserem Institute empfohlen worden ist, nicht ganz vernachlässigt wird, weil sie eine große und rasche Uebersicht in kurzer Zeit ermöglicht. Sie hat freilich erhebliche Fehlerursachen: Sie fällt leicht negativ aus; außerdem gibt es zahlreiche andere Stoffe, die auch katalysieren. Immerhin gibt sie im geeigneten Falle, besser als ein anderes Mittel, in ganz kurzer Zeit einen Ueberblick über die Verteilung der Spuren und ermöglicht auch sonst, nicht sichtbare Flecken aufzufinden.

Es ist ja überhaupt, und damit komme ich zum zweiten Punkte — eine Frage, ob sich der Praktiker in Fällen, wo nicht ohne weiteres sich blutähnliche Flecke deutlich erkennen lassen, auf diese schwierigsten Untersuchungen, bei denen eventuell das Material vernichtet werden kann, einlassen soll oder ob er nicht besser tut, sofort eine der zahlreichen medizinischen Untersuchungsstellen, die jetzt in Preußen bestehen, die Untersuchungsämter, die Institute für gerichtliche Medizin, die Abteilung im Reichsgesundheitsamte mit der Untersuchung beauftragen zu lassen. Wenigstens habe ich gerade aus Ihren Kreisen oft gehört, wie unbequem es Ihnen ist und mit wie wenig Vertrauen Sie an diese Untersuchungen herangehen, wenn nicht von vornherein ein Weg erkennbar ist, ein Hinweis, an welcher Stelle die Untersuchung einsetzen soll. Und dasselbe möchte ich auch äußern gegen die oft vielfach geübte Versendung des präzipitierenden Antiserums. Trotzdem alle Kontrollmittel beigegegeben werden, habe ich oft gehört, wie unsicher Sie sich dabei fühlen, wenn Sie eventuell im Jahre einmal in die Lage kommen, eine solche Untersuchung auszuführen. Wenn Sie ein zweifelhaftes Resultat haben, ist das Material vielleicht vollständig, vielleicht zum wesentlichsten Teil vernichtet, und eine Nachprüfung an erfahrener Stelle nicht mal möglich. Ich bin deshalb auch persönlich kein Freund der Versendung der Sera; wenn es von uns durchaus verlangt wird, daß wir von unserem Antiserum abgeben, so geschieht es immer mit der Bemerkung, daß wir keinerlei Verantwortung für das Resultat übernehmen, da wir gar nicht wissen können, wie das Antiserum anlangt. Es kann in sehr gutem Zustande aufgegeben

und dennoch durch irgend etwas unbrauchbar angelangt sein. Diese subtilen Untersuchungen, von denen noch häufig viel abhängt, sollen daher m. E. nur in medizinischen Laboratorien ausgeführt werden, ganz besonders aber in solchen Fällen, in denen nur geringe, sehr vorsichtig zu behandelnde Spuren zur Verfügung stehen. Die einfacheren Fälle kann der Praktiker aber übernehmen; dabei wird ihm die Wasserstoffsuperoxydprobe nützlich sein.

H. Med.-Rat Dr. Keferstein, Gerichtsarzt in Magdeburg: Ich möchte bloß fragen: wo kauft man das Antiserum? Es ist immer sehr wenig Antiserum zu erhalten; ich hätte deshalb gern einmal eine Adresse, wo ich es eigentlich bekommen kann. (Zuruf: Im Kaiserlichen Gesundheitsamt!) — Danke sehr!

H. Prof. Dr. Lochte, Kreisarzt in Göttingen: Ich möchte mir nur die Bemerkung dazu erlauben, daß wir auch vom Göttinger Institut Antiserum abgegeben haben an Herren, die mich darum gebeten haben. Ich kann natürlich auch keine Garantie dafür übernehmen, wie das Serum in die Hände der Herren kommt. Es wird selbstverständlich sorgfältig verpackt; ich versichere mich auch vor der Absendung davon, daß eine erhebliche Wirkung des Serums vorhanden ist. Es geht kein Serum aus dem Institut, das nicht eine Wirksamkeit von 1 : 10000, 1 : 20000 hat.

Ich darf vielleicht im Anschluß an den Vortrag des Herrn Kollegen Leers hervorheben, daß auch nach meinen Erfahrungen das Wasserstoffsuperoxyd ein ganz vorzügliches Mittel ist, um Blutflecke nachzuweisen, vor allen Dingen auf dunklen Kleiderstoffen, auf denen man mit bloßen Augen oder mit der Lupe den Blutfarbstoff nicht erkennen kann. Man muß nur einen sehr feinen Nebel von 3% Wasserstoffsuperoxyd mit Hilfe eines Sprayapparats anwenden und in dem Moment, wo ein weißer Gischt sichtbar wird, denselben mit sauberem Fließpapier absaugen und sich dann die Stelle, an der der Schaum aufgetreten ist, mit einer Nadel oder auf andere Weise kenntlich machen. Man hat dann einmal das Fließpapier zur Verfügung, an dem man die Vorproben auf Blutfarbstoff vornehmen kann, auf der anderen Seite die Zeugfasern, an denen man in geeigneter Weise den Blutfarbstoff feststellen kann.

Wenn man natürlich zu viel Wasserstoffsuperoxyd auf das Zeug bringt, darf man sich nicht wundern, wenn aller Blutfarbstoff in weißes Haemol umgewandelt und nachher nichts mehr nachzuweisen ist.

Vorsitzender: Wünscht sonst jemand der Herren noch das Wort? — Es ist nicht der Fall; ich erteile nunmehr dem Herrn Referenten das Schlußwort.

H. Gerichtsarzt Dr. Leers-Gleiwitz: M. H.! Ueber die Tatsache, daß Wasserstoffsuperoxyd den Blutfarbstoff zerstört und die Probe eine größere Zahl von Fehlerquellen hat, als alle anderen Vorproben, herrscht, wie ich sehe, Uebereinstimmung. Diese Tatsache ist ja auch in den letzten Jahren so oft und eindringlich betont worden, daß man sich ihr nicht mehr verschließen kann. Mita[1]). Kratter[2]) und ich selbst[3]) haben übereinstimmend gezeigt, daß mit H_2O_2 behandelte Blutspuren für die chemische, spektroskopische und biologische Prüfung, die doch den Ausschlag geben sollen, untauglich werden können. Aehnliche Erfahrungen hat Pigkini[4]) gemacht und auch Lochte[5]) teilt mit, daß nach seinen Erfahrungen die Kristallbildung nach der H_2O_2-Einwirkung gestört und unmöglich gemacht werden kann.

Die Unterrichtsanstalt hat dieser Tatsache auch dadurch Rechnung getragen, daß die von mir entworfene „Anweisung der forensischen Blutuntersuchung, die Ihnen bei den Fortbildungskursen eingehändigt wird, seit einigen Jahren und wie ich hinzufügen darf, von Herrn Kollegen Fraenckels Hand, den warnenden Zusatz bei der Erwähnung der H_2O_2-Probe erhalten hat: „Zerstörung des Blutfarbstoffes möglich, daher Vorsicht!"

---

[1]) Groß: Archiv; Nr. 35, 1909.

[2]) Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin; 1910, Bd. 34 Suppl.

[3]) Leers: Forensische Blutuntersuchung; Berlin 1910; Verlag von J. Springer.

[4]) Arch. Fisiol.; IV, 1908 u. Bioch. Zentralblatt; VII, 1908.

[5]) Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin; 1910, Bd. 39, Suppl.

Ich halte es zum mindesten für bedenklich, wenn trotzdem die H_2O_2-Probe ohne Hinweis auf ihre Mängel und die Möglichkeit, diese zu mindern, in überschwänglicher Weise empfohlen wird, und daß diese unbegrenzte Empfehlung auch in kriminalistische Werke übergegangen ist. Selbst in dem neuesten diesbezüglichen Buch ist sie wieder auf Kosten der Guajak- und Benzidinprobe, die beide notorisch schärfer sind, weniger Fehlerquellen haben und den Blutfarbstoff nicht zerstören, ohne Angabe ihrer Mängel und ohne Anleitung zu ihrer Ausführung als beste Vorprobe empfohlen worden. Da steht sogar wörtlich: Es wird kein Material vergeudet, da man nachher an den Flecken noch alle anderen Untersuchungen ungestört vornehmen kann." Ein einfacher Versuch der Behandlung eines kleinen Bluttröpfchens mit H_2O_2 auf dem Objektträger dürfte sofort überzeugen, daß diese Behauptung nicht richtig ist.

In der Erwägung, daß diese Empfehlung auch an Laien gerichtet ist, und daß die Gefahr besteht, daß die H_2O_2-Probe in unzweckmäßiger Weise angestellt und dadurch der endgültige Blutnachweis in Frage gestellt wird, halte ich die Warnung vor der H_2O_2-Probe hier wohl am Platze.

Was die Anstellung der biologischen Reaktion seitens der Praktiker betrifft, so sollte selbstverständlich nur der sich damit befassen, der sie völlig beherrscht. Diese Voraussetzung trifft heute schon für viele von Ihnen zu. Viele, besonders die jüngeren Herren, sind durch die Untersuchungsämter gegangen oder haben in den zahlreichen Unterrichtsanstalten Gelegenheit gehabt, die biologischen Reaktionen nicht nur theoretisch kennen zu lernen, sondern praktisch zu üben, so daß sie vertraut damit sind. Das ist ja doch schließlich der Zweck aller Unterrichts- und Fortbildungskurse. Ich möchte es auch als sehr wünschenswert bezeichnen, daß der beamtete Arzt — ich habe immer in meinen Kursen darauf hingewiesen — die gerichtsärztlichen Untersuchungen, besonders die Blutuntersuchungen nicht aus der Hand gibt. Ich habe wiederholt die Erfahrung gemacht, daß sie sonst in Hände geraten, in die sie als ärztliche Untersuchungen nicht gehören und daß der größte und beste Teil der Spuren in vergeblichen Versuchen verbraucht wird. Wenn nur hochwertiges, frisches und auch sonst einwandfreies Antiserum zur Versendung kommt, ist die Gefahr, daß es durch den Transport unbrauchbar wird, wie mir auch Uhlenhuth versichert hat, gering. Eine Garantie für das Resultat der Untersuchung kann der Absender selbstverständlich nicht übernehmen.

Vorsitzender: Es bleibt mir nur die Pflicht, dem Herrn Vortragenden für seine interessanten Ausführungen unseren verbindlichsten Dank auszusprechen.

(Frühstückspause.)

V. Tätigkeit der Medizinalbeamten vor dem Jugendgericht und bei Vollzug des Fürsorgegesetzes.

H. Dr. L. Bürger, Assistent und Abteilungsleiter an der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde der Universität Berlin: M. H.! Als der Vorstand unseres Vereins auf Veranlassung von Geheimrat Dr. Straßmann mich aufforderte, auf der diesjährigen Hauptversammlung über die Tätigkeit des Medizinalbeamten vor dem Jugendgericht und bei Vollzug des Fürsorgegesetzes zu referieren, hatte ich schwer wiegende Bedenken. Gern hätte ich den Vortrag auf einen im Dienste ergrauten Gerichtsarzt mit größerer Erfahrung und breiterem Buckel — verzeihen Sie den Ausdruck — abgewälzt. Soll ein Referat doch nicht nur einen Ueberblick über den derzeitigen Stand der Sache geben, sondern

es sollen nach altem Brauch auch Leitzätze aufgestellt und neue Vorschläge gemacht werden. Dazu aber ist ein Ueberblick über die gesamte soziale Frage notwendig. Man muß, um mit Geheimrat Filitsch zu reden, genau wissen, „was Kirche und Staat, Schule und Elternhaus, was Verwaltung und Gesetzgebung wollen, und man muß vor Augen haben, was bisher geleistet ist und mit welchen Mitteln.“ Außerdem gewann ich bald die Ueberzeugung, daß die vitalsten Interessen der Medizinalbeamten, speziell der Gerichtsärzte, bei dieser Angelegenheit auf dem Spiele stehen. Gilt es doch, den deutschen, speziell den preußischen Gerichtsärzten, ihre Stellung als Sachverständige vor dem Jugendgericht zu erhalten bezw. zurückzuerobern. Das erfordert aber Kampf; selbst ein ehrlicher Kampf kann uns jedoch niemals Freundschaft bringen, besonders wenn begründeter Verdacht besteht, daß man pro domo redet. M. H.! ich glaubte, Ihnen diese Erwägungen nicht vorenthalten zu dürfen; Sie werden mich aber nicht abhalten, frei meine Meinung zu äußern.

Mein Thema ist ein Teil der Jugendfürsorge, und ich kann wohl sagen, der zur Zeit im Brennpunkte stehende. Kaum ein Zeitungsblatt, sei es aus Europa, sei es aus Amerika oder Australien, kann man zur Hand nehmen, ohne auf Dinge zu stoßen, die sich auf Jugendgericht und Jugendfürsorge beziehen. Angesichts dieser Tatsache fragen wir mit Recht: Wie kommt diese plötzliche Begeisterung in der ganzen zivilisierten Welt?

Die Entwicklung der Großstädte hat die Gefährdung unseres Nachwuchses gesteigert; Frauen und Männer mit offenen Augen, Freunde der Jugend, haben ihre Not aufgedeckt. Eine noch verhältnismäßig junge Wissenschaft, die Kriminalistik und Kriminalstatistik, kamen ihnen dabei zu statten. Deutlicher als alles andere sprachen ihre Zahlen; denn sie waren erschreckend hoch und übertrafen alle Erwartungen. So kam es, daß man überall von einer zunehmenden Verwahrlosung unserer Jugend sprach. Ja, nach manchen Zeitungsartikeln schien es fast so, als ob unser Nachwuchs nur noch aus Verbrechern bestände. Glücklicherweise trifft dies aber durchaus nicht zu. „Es ist vielmehr in den letzten Jahren eine besonders bedrohliche Entwickelung der Kriminalität der Jugendlichen nicht hervorgetreten.“ Wenigstens vertritt der vortragende Rat im Reichsjustizamt Dr. v. Tischendorff, der seit mehr als 20 Jahren die Kriminalstatistik bearbeitet und einer ihrer besten Kenner ist, diesen Standpunkt.“ [1])

Etwas Gutes haben aber jene Uebertreibungen insofern gehabt, als sie auch die lässigeren Mitglieder aller staatserhaltenden Parteien aufgeweckt und an ihre Pflicht erinnert haben. Und das war notwendig! Hatten wir auch keinen Grund, die Flinte ins Korn zu werfen, so konnten wir anderseits mit den errungenen Erfolgen in der Jugendfürsorge nicht zufrieden sein.

---

[1]) Dr. von Tischendorff: Deutsche Juristenzeitung 1908; Nr. 7 S. 389, zitiert nach Staatsanwalt Langer-Görlitz: „Jugendgerichtshöfe und Kriminalistik.“ Tägliche Rundschau; 1908.

M. H.! Sie werden sich vielleicht wundern, daß ich von Erfolgen rede, und Sie werden fragen: Wo sitzen denn unsere Erfolge, wenn die Kriminälität nicht abgenommen hat. — Nun, eben darin, daß sie nicht zugenommen hat! Die ungesunde Entwicklung der Großstädte hätte ohne geeignete Gegenmaßnahmen eine ganz bedeutende Zunahme der Kriminalität, besonders bei den Jugendlichen zur Folge haben müssen. Herrscht doch in den Weltstädten stets, besonders aber in Zeiten industriellen Niederganges bei der Arbeiterschaft eine Not, wie man sie früher nicht gekannt hat. Not aber macht schlecht, sagt ein altes, nur zu wahres Sprichwort. Daß trotz dieser Not die Kriminalität nicht noch viel größer ist wie heute, verdanken wir in erster Linie der sozialen Gesetzgebung, der Kranken- Unfall- und Invalidenversicherung, die alle schon unendlich viel zur Verminderung der Kriminalität des Volkes beigetragen haben. Es fehlt aber noch die so viel bekämpfte Arbeitslosenversicherung, von der wir mit Recht eine wesentliche Beschränkung des Verbrechertums erwarten.

Schlechte wirtschaftliche Lage führt aber nicht nur direkt zum Verbrechertum, sie züchtet auch einen Verbrechernachwuchs. Tausende von Säuglingen erhalten z. B. in arbeitslosen Zeiten plötzlich die Mutterbrust nicht mehr; muß doch die Mutter als Aufwartefrau, Fabrikarbeiterin etc. die Familie durchbringen helfen. Darmkatarrhe, englische Krankheit, schwere Unterernährung und ihre Folgen, dauernde Minderwertigkeit, stellen sich ein. Bei den etwas älteren Kindern führen ungenügende Ernährung und die Notwendigkeit mitzuarbeiten dieselben schädlichen Folgen herbei. Aus diesen geistig und körperlich Minderwertigen rekrutiert sich aber der größte Teil unserer Verbrecher.

Neben der sozialen Gesetzgebung gebührt der Bekämpfung der Infektionskrankheiten, namentlich der Syphilis, sowie des Alkoholismus das Hauptverdienst an der Beschränkung der Kriminalität. An der Bekämpfung dieser Uebel haben die Aerzte und besonders die Medizinalbeamten in ihrer Eigenschaft als Gesundheitsbeamte den Löwenanteil. Ohne ihren Eifer, der von unseren Volksvertretern vielfach als Uebereifer gerügt worden ist, würden nichl nur die Mortalität und Morbidität in unserem Vaterlande kaum den heutigen günstigen Stand zeigen, sondern es hätte auch die Kriminalität einen gewaltigen Anstieg zu verzeichnen.

Mit diesen vorbeugenden Maßnahmen zur Beschränkung des Verbrechertums hat man sich glücklicherweise nicht begnügt. In allen Ländern versuchte man vielmehr, auch auf die Gefährdeten oder bereits kriminell gewordenen Jugendlichen einzuwirken. So entstanden die Kinder- und Fürsorgegesetze in Amerika, Australien, Schweden, Norwegen, Ungarn etc. und die zahlreichen staatlichen und privaten Erziehungsanstalten. Die Erfahrungen, die man hier sammelte, waren für die weitere Entwicklung der Jugendfürsorge und speziell für die Bekämpfung der Kriminalität von grundlegender Bedeutung. Ein großer Teil der unsozialen

Elemente erwies sich als geistig nicht normal. Diese Erkenntnis, die mit nie geahnter Schnelligkeit in alle Bevölkerungsschichten drang, konnte auf die Entwicklung der Strafrechtspflege nicht ohne Einfluß bleiben. Jetzt sah man plötzlich ein, warum trotz aller Bemühungen die Kriminalität der Jugendlichen nicht abnahm; daß die Strafrechtspflege von Grund auf umgeändert werden müsse, ward nun auch den früheren Gegnern klar.

Auf diesen wohl vorbereiteten Boden fiel die Idee der Jugendgerichte. Die ersten wurden in Australien ins Leben gerufen und verbreiteten sich im Laufe weniger Jahre über die ganze zivilisierte Welt und ganz besonders auch in den deutschen Bundesstaaten. Wie aber die Gesundung Deutschlands ohne den deutschen Medizinalbeamten nicht die heutige Blüte erreicht hätte, so werden die Erfolge der Jugendgerichte von seiner zweckmäßigen Mitwirkung zum nicht geringen Teil abhängen. In den verschiedensten deutschen Städten liegt denn auch die ärztliche Tätigkeit vor dem Jugendgericht ganz in den Händen der Medizinalbeamten und Gerichtsärzte, denen sie ja zweifellos zukommt. Wenn man das bedenkt, ist es allerdings zu verwundern, daß die Gerichtsärzte in dieser für sie so wichtigen Frage öffentlich und speziell auf Tagungen so wenig hervorgetreten sind und daß sie z. B. auch an den Jugendgerichtstagen nicht teil nahmen. Mancher Leitsatz wäre dann nicht unwidersprochen hingenommen, mancher zum Vorteile der Jugendfürsorge korrigiert worden. Ueberhaupt war die Zahl der Aerzte auf diesen Tagungen wie leider auch auf allen Fürsorgetagen außerordentlich gering. Auf dem ersten Jugendgerichtstags beteiligten sich z. B. nur drei Aerzte an der Diskussion und unter ihnen kein Gerichtsarzt. Da kann uns der deprimierende Empfang nicht wunder nehmen, von dem Geheimrat Taube-Leipzig berichtet. Als er nämlich zum ersten Jugendgerichtstag nach Berlin kam, wurde er von einem Teilnehmer mit den Worten empfangen: „Was machen Sie denn hier“?[2]) Daran, daß eine derartige Frage überhaupt möglich wurde, tragen wir Aerzte selbst die Schuld, weil wir uns viel zu wenig um diese für unser Volk so wichtige Sache gekümmert haben.

Wir können daher unserem Vorstande nicht dankbar genug sein, daß er dieses Thema auf die Tagesordnung setzte und uns gewissermaßen zurief: „Tua res agitur.“ An uns liegt es, dem Rufe zu folgen und mehr wie bisher unsere Erfahrungen in den Dienst der Jugendfürsorge und speziell des Jugendgerichts zu stellen.

I.

Zunächst einige Worte über das Jugendgericht selbst.

Ueber die zweckmäßige Zusammensetzung der Jugendgerichte gehen die Ansichten auseinander. Einige wollen einen Laienrichter, andere einen einzigen Berufsrichter

---

[2]) Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages, S. 44. Berlin und Leipzig: 1909. Verlag von G. B. Teubner.

mit Ausschaltung der Schöffen, wieder andere befürworten die Verwendung von Aerzten, Geistlichen, Lehrern und Frauen als Schöffen. Für jede Ansicht lassen sich wichtige Gründe ins Feld führen. Es sind prinzipielle Fragen, über die kaum eine Einigung erzielt werden dürfte, sodaß es sich vielleicht empfiehlt, diesen Punkt ganz von der Diskussion auszuschließen. Ich bin, wie Sie aus meinen Leitsätzen ersehen, ein Anhänger des Schöffengerichts in seiner heutigen Form trotz aller Mängel, die ihm anhaften. Dieses verdient aber, wie Amtsgerichtsrat Fischer[3]) bereits betonte, nur dann den Namen Jugendgericht, wenn die strafrichterliche und vormundschaftsrichterliche Tätigkeit in einer Hand liegt. Leider ist in vielen Gegenden Deutschlands eine derartige Personalunion nicht vorhanden; es gebührt aber solchen Gerichten der Name Jugendgericht überhaupt nicht, „wo nur besondere Sitzungen für Jugendliche abgehalten werden, alles andere aber wie bei Erwachsenen ist."

Darüber, was alles vor das Jugendgericht gehört, ist noch keine Einigung erzielt.

Als Jugendliche gelten bei uns alle Personen vom 12. bis 18. Lebensjahr. Hoffen wir, daß die untere Grenze bald heraufgerückt wird und zwar möglichst bis zum 16. Lebensjahr, wenigstens aber bis zum 14. Man hat das 14. Jahr gewählt, weil bis dahin die Kinder die Schule besuchen und ihrer Disziplin unterstehen. Würden alle Jugendlichen nach dem 14. Lebensjahr noch die Fortbildungsschule besuchen, wie es nach den Verhandlungen des letzten Fortbildungsschultages zu erhoffen ist, so könnten wir vielleicht eher wie jetzt das 16. Lebensjahr als untere Grenze der Strafmündigkeit wählen. Als obere Grenze würde man in unserem Klima viel richtiger das 20. oder 21. Lebensjahr nehmen, da bei einem großen Prozentsatz unserer Jugend erst dann die Entwicklung beendet ist.

Die gebildeten Klassen, speziell die Studierenden, sind glücklicher dran wie die Besitzlosen. Die Karzerstrafen der Gymnasien und Universitäten ersparen manchem von ihnen die Bekanntschaft mit dem Strafrichter. Ihr Verschwinden wird hoffentlich den ärmeren Jugendlichen zu gute kommen, weil es zweifellos dazu beitragen wird, die obere Grenze der beschränkten Strafmündigkeit baldigst heraufzusetzen, und wie in der Schweiz zu einer ausgiebigeren Verwendung der Schulstrafen zurückzukehren, die bekanntlich nichts Entehrendes haben.

Vor das Jugendgericht gehören aber nicht nur die Straftaten Jugendlicher, sondern auch die gemeinsamen Straftaten von Jugendlichen und Erwachsenen; denn es wäre, wie Wellenkamp[4]) mit Recht betont, ungerecht, einem Teil der Jugendlichen die Wohltaten des Jugendgerichtes deshalb zu versagen, weil sie die Straftaten gemeinsam mit Erwachsenen begangen haben.

Aber auch die Straftaten gegen Kinder und Jugend-

---

[3]) Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages, S. 30.
[4]) Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages, S. 41.

liche,[5]) insbesondere die Delikte seitens der Eltern, Vormünder, Lehrherren und Meister müssen dem Jugendgericht überwiesen werden, wenn man von diesen Kindern die erziehungswidrigen Einflüsse des gewöhnlichen Gerichts fernhalten will.

Das Jugendgericht verfolgt vor allen Dingen erzieherische Zwecke; die Aufgabe der Richter vor ihm ist daher eine viel verantwortungsvollere, wie sonst. Nicht nur Strafe, wie früher, sondern vor allen Dingen erziehliche Maßnahmen kommen wie gesagt in Frage. Um diesen Forderungen zu genügen, muß der Richter das Milieu kennen, in dem der Jugendliche aufgewachsen ist, die Verhältnisse im Elternhause und das ganze bisherige Leben. Er muß ferner über den Geisteszustand des Uebeltäters aufs genaueste unterrichtet sein.

Da wird es uns auch verständlich, warum ein großer Teil der Richter auf einmal fordert, daß alle jugendlichen Verbrecher ärztlich untersucht werden sollen. Diese Forderung bestand für bestimmte Verbrechen schon in früheren Jahren, so z. B. einige Zeit für alle Brandstifter, wurde aber leider sehr bald wieder fallen gelassen.

Aber nicht nur viele unserer Richter, sondern auch die Mehrzahl von allen anderen, die in der Jugendfürsorge tätig sind, halten eine Untersuchung aller jugendlichen Gesetzesübertreter für notwendig, bald bei allen Vergehen, bald nur bei ganz bestimmten. Ganz generell verlangt sie z. B. der Verband fortschrittlicher Frauenvereine.[6]) Daß die Gerichts- und Gefängnisärzte ebenso wie die Psychiater, besonders seit Lombroso, der erst heute nach seinem Tode wieder zu Ehren kommt, immer wieder auf möglichst zahlreiche psychiatrische Untersuchungen von Verbrechern hingewiesen haben, ist allgemein bekannt. Vogt-Frankfurt[7]) teilte bereits auf dem ersten deutschen Fürsorge-Erziehungstage mit, daß in Frankfurt a. M. nicht nur die verdächtigen Kriminellen ärztlich untersucht würden, sondern überhaupt alle. Dies geschieht bereits in Berlin und Hamburg. Vogt glaubt, daß man nur auf diesem Wege hinsichtlich der Psychologie der jugendlichen Rechtsbrecher Erfahrungen sammeln könne. Frl. Dr. Stelzner fordert die psychiatrische Untersuchung grundsätzlich für alle Kinder, die sich prostituieren.[8]) Sie hat sicher Recht mit der Behauptung, daß je ferner die Wiege eines Kindes vom Treiben eines Straßenmädels stand, um so stärker das Krankhafte war, das es dahin gedrängt hat.

Auch die Behörde unterstützt die Bestrebungen, die auf eine ausgiebige Zuziehung von Sachverständigen hinzielen. In einem Erlaß vom 24. Juli 1909[9]) weist der preußische Justiz-

---

[5]) Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages, S. 7.

[6]) Thesen zur Mitarbeit der Frauen bei den Jugendgerichten. Verein fortschrittlicher Frauenvereine. Z. f. V. J. und F.; 1910, S. 141.

[7]) Verhandlungen des 1. Deutschen Fürsorgeerziehungstages, S. 53.

[8]) Helene Friederike Stelzner: Prostitution und Kriminalität der Minderjährigen. C. f. V. J. und F.; 1910, S. 137.

[9]) Allgemeine Verfügung des preußischen Justizministers vom 9. Januar [illegible] die ärztliche Untersuchung des Geisteszustandes der Minder-

minister auf die hohe Bedeutung einer zuverlässigen und rechtzeitigen Erforschung des Gesundheitszustandes der zur Fürsorgeerziehung Ueberwiesenen hin, die ja bei vielen Kriminellen in Frage kommt. Dieser Erlaß bezeichnet es als erwünscht, daß auch in jenen Fällen, in denen es die Beschlußfassung über die Fürsorgeerziehung an sich nicht erfordert, die Ermittelungen auf die Gesundheitsverhältnisse der Minderjährigen ausgedehnt werden.

Anderseits gibt es erfahrene Richter und Aerzte, die davor warnen, sämtliche Jugendliche psychiatrich untersuchen zu lassen. Sie heben hervor, daß schon die bloße Tatsache der Untersuchung auf den Geisteszustand die Jugendlichen in ihrem Fortkommen schädigen könne.[10]) Wie sollen wir uns nun zu dieser Frage stellen?

Ich glaube, wir können uns ein sicheres Urteil heute noch nicht erlauben. Nicht, als ob ich die großen Vorteile einer generellen Untersuchung aller Jugendlichen nicht anerkennen wollte; ich bin im Gegenteil überzeugt, daß die Vorteile die Nachteile überwiegen. Auch an ihrer Durchführbarkeit wird man nicht mehr zweifeln können, nachdem sie in Berlin, Hamburg, Frankfurt, Wien und in vielen anderen Städten seit geraumer Zeit geübt wird. Ich war aber lange darüber im Zweifel, ob die Vorteile der Untersuchung sämtlicher krimineller Jugendlichen im Verhältnis stehen zu der enormen Arbeitsleistung, die sie erfordert. In dieser Ansicht bestärkten mich die Ergebnisse meiner Untersuchungen; denn ich hatte erwartet, daß die Zahl der Anormalen unter den jugendlichen Gesetzesübertretern viel größer sein würde. Je mehr ich mich aber mit der Untersuchung jugendlicher Krimineller beschäftige, umsomehr halte ich eine generelle Untersuchung a l l e r für erstrebenswert, und zwar nicht aus wissenschaftlichen Gründen, sondern einzig und allein von dem Gesichtspunkt aus, ungerechte Urteile zu verhüten und die Kriminalität herabzusetzen. Hatte ich anfangs geglaubt, die Richter gewännen sehr bald selbst soviel Menschenkenntnis und soviel psychiatrisches Verständnis, um beurteilen zu können, ob die Hinzuziehung des Gerichtsarztes nötig sei, so wurde ich bald eines besseren belehrt. Immer wieder kamen mir Fälle vor Augen, wo abnorme Jugendliche wiederholt verurteilt waren. Ein Zufall erst brachte eine gerichtliche Untersuchung und damit erst die Erkenntnis, daß wegen Schwachsinns, beginnnenden Jugendirrseins oder Epilepsie der § 51 Anwendung finden mußte. Wie schwierig die psychiatrischen Gutachten sind, weiß jeder, der längere Zeit auf diesem Gebiete tätig ist. Selbst dem erfahrendsten Gerichtspsychiater laufen Fehler unter. Erst jüngst sah ich einen Fall, wo zwei Autoritäten bei einem jugendlichen Bankrotteur nur leichten Schwachsinn annahmen, die Richter ihm

---

jährigen im Laufe eines gerichtlichen Fürsorgeerziehungsverfahrens. Just.-Min Bl.; 1911, S. 19.

[10]) Staatsanwalt Dr. E l w e r t - Stuttgart: Verhandlungen des 2. deutschen Jugendgerichtstages in München vom 29. Sept. bis 1. Okt. 1910.

deshalb die Wohltat des § 51 nicht zusprachen, während kurz darauf die Diagnose Jugendirrsinn gestellt wurde, die sich als richtig erwies. Wenn dem Besten unter uns derartige Irrtümer unterlaufen, dann können wir den Richtern, die doch immer Laien bleiben, wohl keinen Vorwurf machen. Gerade die erfahrensten unter ihnen haben immer wieder betont, daß ihnen die psychopathischen Konstitutionen, die ja am meisten in Frage kommen, besondere Schwierigkeiten machen.[11])

Können, wie Sie sehen, noch einige Zweifel bestehen, ob eine psychiatrische Untersuchung aller jugendlichen Kriminellen unbedingt notwendig ist, so müssen diese schwinden, sobald es sich um Schüler der Hilfsklassen handelt. Diese müssen in allen Fällen ärztlich untersucht werden, und zwar deshalb, weil ein außerordentlich großer Prozentsatz von ihnen psychisch anormal ist.

Ich komme nun zu der Frage: Wer soll die Einsichtsgutachten erstatten? Sie werden sagen: „Selbstverständlich nur der Arzt!" So selbstverständlich wie uns ist den Richtern und sonstigen Laien das aber nicht. Wir Aerzte haben vor Gericht häufig betonen müssen, dass nicht nur die intellektuelle Reife, sondern auch die sittliche Reife, der Wille, der Charakter, bei der Begutachtung in Betracht zu ziehen sei. Daraus schließen viele Richter, Geistliche, Lehrer, Leiter für Jugendfürsorgezentralen, besonders aber Frauen, daß es an der Zeit sei, neben den Aerzten auch Leute aus ihrer Reihe zu hören; denn über die sittliche Reife eines Jugendlichen glauben sie ebenso gut wie der Arzt ein Gutachten abgeben zu können. Ja, Fürsorgeausschüsse und Jugendschutzvereine, in denen nicht mal immer ein Psychiater sitzt, entscheiden heute schon über die Einsicht und sittliche Reife. Es wäre besser, wir begrüben die ganze Jugendgerichtsbewegung, als daß wir es dazu kommen lassen; denn machen wir Laien zu Sachverständigen in Dingen, wovon sie nichts verstehen, so wird himmelschreiende Ungerechtigkeit die Folge sein. Haben uns doch erst jüngst die Verhandlungen und die Zeitungsartikel bei Gelegenheit des Kurpfuschergesetzes gezeigt, wie unwissend selbst gebildete Laien in ärztlichen Dingen sind. Unzertrennlich verknüpft mit den Krankheiten ist der Charakter, die Moral eines Menschen, und nur der kann diese beurteilen, der jene beherrscht. Tritt uns doch in kranken Tagen ein ganz fremder, uns bis dahin ganz unbekannter Mensch entgegen. Eltern, Geistliche, Lehrer, Jugendgerichtsgehilfen, sie alle mögen gehört werden, das Gutachten aber, ob ein minderwertiger, ein anormaler Jugendlicher imstande war, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen, kann nur der psychiatrisch und kriminalistisch gebildete Arzt erstatten.

Ich komme nun zu der Frage, welcher Arzt ist der beste Jugendgerichtsarzt? Wem kommt dieses Amt zu? Die

---

[11]) Amtsgerichtsrat Fischer: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages; Bd. II, S. 34.

Antwort ist eigentlich selbstverständlich: „Der Gerichtsarzt"; denn er hat die grösste kriminalistische Erfahrung. Gleichwohl hat man an verschiedenen Orten die Gerichtsärzte völlig ausgeschaltet; besonders in den Grosstädten sind vielfach nicht Gerichtsärzte vor dem Jugendgericht tätig. Ja, meine Herren, der leider zu früh verstorbene Amtsgerichtsrat Fischer hat auf dem ersten Deutschen Jugendgerichtstag sogar folgende zwei Thesen aufgestellt.

1. „Für die Tätigkeit beim Jugendgericht sind besonders geschulte Kinder- und Nervenärzte als Sachverständige heranzuziehen.

2. Die Heranziehung eines Stammes geschulter Kinder- und Nervenärzte ist ein dringendes Bedürfnis."

Er schaltet also generell die Gerichtsärzte aus. Da fragen wir uns mit Recht: „Wie ist das möglich? War es vielleicht Misstrauen zu dem Können unserer Gerichtsärzte?" M. H.! Ich halte dies bei den Führern der Jugendgerichtsbewegung für ausgeschlossen. Der Grund ist ein ganz anderer: Wie überall, so verlangte man auch bei dieser Bewegung, dass die Aerzte ihre Dienste gratis liefern sollten, und man musste es fordern, weil man kein Geld hatte. Gratisarbeit konnte man natürlich von den Gerichtsärzten nicht verlangen; man musste deshalb jüngere Aerzte nehmen, denn nur sie haben im allgemeinen überflüssige Zeit. Aber auch sie werden, sobald ihre Praxis grösser geworden ist, die Arbeit nicht mehr umsonst machen wollen; es werden deshalb wiederum neue, unerfahrene Aerzte an ihre Stelle treten. Die Folge dieser heutigen Praxis wird sein, dass wir niemals einen Stamm brauchbarer Jugendgerichtsärzte bekommen werden, und dass die ohnehin geringen Erfahrungen auf diesem Spezialgebiet immer weniger Fortschritte machen werden. Ja, ich fürchte, ein Laie, der sich dauernd mit diesen Dingen beschäftigt, wird den jüngeren und Neulingen unter den Sachverständigen nicht selten überlegen sein. So nur ist es verständlich, wenn jüngst der Vorsitzende eines Vereins für Jugendfürsorge glaubte, der Richter könne ebensogut auch die Leiter der Zentrale als Sachverständige laden. Dieser zweifellos ausserordentlich erfahrene Mann hatte sicherlich oft recht gehabt, daß er die Fälle besser, wie der junge Arzt beurteilte. Sonst hat man für das Jugendgericht die besten Kräfte ausgesucht und immer und immer wieder wird darauf hingewiesen, daß man nur ganz besonders tüchtige Jugendrichter und nur ganz besonders hervorragende Jugendstaatsanwälte verwenden soll. Ja, um ihnen die Berufsfreude zu erhalten und ihr Amt begehrenswert zu machen, hat man im Landtag sogar verlangt, daß sie besonders schnell avanzieren und bei Dekorationen bevorzugt werden sollen. Warum macht man dann gerade bei dem Arzt eine Ausnahme? Ist doch die Stellung des Sachverständigen von grosser Wichtigkeit! Von seinem Gutachten hängt zumeist die Entscheidung ab. Wenn wir das bedenken, so müssen wir verlangen, dass die Besoldung der Sach-verständigen so ist, dass die Herren nicht wechseln und ni[illegible] immer wieder neue Aerzte in die gerichtliche Psychiatrie [illegible]

einarbeiten müssen, kurz gesagt, dass nur Gerichtsärzte als Jugendgerichtsärzte verwandt werden. Wie überall vor dem Gericht, so können auch vor dem Jugendgericht Sachverständige nur dann ein brauchbares Gutachten abgeben, wenn sie die richterlichen Zwecke genau vor Augen haben. Ein Sachverständiger vor dem Jugendgericht muss also vor allen Dingen wissen, was das Jugendgericht will, und welche Zwecke der Richter verfolgt. Er muss die nötigen Gesetzesbestimmungen kennen, über die Einrichtungen unserer Gefängnisse, unserer Erziehungsanstalten, über die Handhabung der Familienpflege genau informiert sein. All diese Kenntnisse können wir wohl bei dem Durchschnitts-Gerichtsarzt, nicht aber bei dem Durchschnitts-Kinder- und Nervenarzt voraussetzen.

Berliner Verhältnisse sollten wir nicht ohne weiteres auf andere Orte übertragen. Hier hat Geheimrat Ziehen die Sache in die Hand genommen; seinem Einfluss war es natürlich leicht, ganz besonders tüchtige und in der Sachverständigentätigkeit erfahrene Nervenärzte und Militärpsychiater zu gewinnen, besonders solche, die sich der akademischen Laufbahn widmen wollten. In anderen Orten wird es nicht so sein. Dort werden die oben erwähnten Mängel viel deutlicher hervortreten.

Ich komme nach dieser Abschweifung zurück zu den Thesen des Amtsgerichtsrats Fischer. Er will, wie Sie gehört haben, Kinder- und Nervenärzte als Sachverständige vor dem Jugendgericht verwenden. Was Kinderärzte vor dem Jugendgericht sollen, ist mir ganz unverständlich. Es handelt sich doch nicht um die Begutachtung von Säuglingen und Kindern in den ersten Lebensjahren. Wir wollen doch prinzipiell keine Kinder mehr vor das Gericht schleppen und wollen gerade deshalb das strafmündige Alter heraufsetzen. Aber auch den Nervenarzt halte ich, wie bereits gesagt, im allgemeinen für ungeeignet, da ihm zumeist die unbedingt erforderliche gerichtlich-medizinische Praxis fehlt. Mögen die Zentralen für Jugendfürsorge Aerzte anstellen, die alle jugendlichen Kriminellen voruntersuchen und ihre Bedenken äussern, das endgültige Gutachten vor Gericht sollte in allen Fällen der Medizinalbeamte, der fest angestellte Gerichtsarzt erstatten.

Zweckmässig ist es allerdings, dass möglichst einer der Gerichtsärzte sämtliche Sachen vor dem Jugendgericht übernimmt. Zersplittern wir die Fälle, nehmen wir drei oder vier Jugendgerichtsärzte, so kann der einzelne nicht die nötige Erfahrung sammeln. Uebung allein genügt aber nicht. Soll der Gerichtsarzt wissenschaftlich auf der Höhe bleiben, so muss er auch theoretisch in der gerichtlichen Medizin und speziell in der gerichtlichen Psychiatrie fortgebildet werden, wie es ja auch bereits geschieht. Damit das lebende Unterrichtsmaterial der gerichtlich-medizinischen Institute vermehrt wird, ist allerdings die Errichtung besonderer Kliniken für dieses Lehrfach notwendig, die zugleich als Beobachtungsstationen für alle unklaren Fälle dienen müssen. Den psychiatrischen und sonstigen Kliniken sind diese Kranken viel-

den Anlaß; ihre Lehrer sind auch wegen Zeitmangels nur äusserst selten bereit, ihre [illegible] vor Gericht selbst zu vertreten.

Wir haben bisher gesehen, wer der geeignete Sachverständige vor dem Jugendgericht ist. Wir kommen nun zu der Frage: „Wann soll der ärztliche Sachverständige gehört werden?" Von juristischer Seite ist wiederholt die Forderung erhoben worden, dass der ärztliche Sachverständige bereits im Vorverfahren zugezogen werden soll.[12] Man steht bekanntlich mit wenigen Ausnahmen[13] auf dem Standpunkt, dass der Jugendliche möglichst vor der Hauptverhandlung bewahrt werden soll, und wünscht, dass bereits der Staatsanwalt das Verfahren einstellt, wenn mangelnde Erkenntnisfähigkeit des Jugendlichen vorliegt. Das Recht hierzu, das dem Gericht nach § 56 Str. G. B. zweifellos zukommt, gibt die Mehrzahl glücklicherweise auch dem Staatsanwalt.[14, 15] Nur Olshausen[16] hält den Staatsanwalt hierzu für nicht berechtigt. In Bayern darf die Anklageschrift für Jugendliche nur dann eingereicht werden und der Antrag auf Erlassung eines Strafbefehles nur dann gestellt werden, wenn ausreichende Sicherheit dafür vorhanden ist, dass der Beschuldigte die zur Erkenntnis der Strafbarkeit seiner Handlung erforderliche Einsicht besessen hat.[17]

Wir Sachverständige werden es wohl alle begrüssen, dass wir nicht, wie es jetzt noch vielfach geschieht, erst in der Hauptverhandlung, sondern schon im Vorverfahren zugezogen werden. Einmal ist die Erstattung eines ausführlichen Gutachtens in der Hauptverhandlung besonders für die psychopathischen Konstitutionen durchaus erziehungswidrig und gesundheitsschädlich, dann aber können wir dem Richter resp. Staatsanwalt im Vorverfahren bereits wichtige Fingerzeige in bezug auf Zeugenvernehmungen usw. geben und nötigenfalls unsere Zuziehung bei Zeugenvernehmungen empfehlen. Wir sehen also, dass hier ärztliche, pädagogische und richterliche Wünsche zusammentreffen. M. H., aus diesen Ausführungen dürfen Sie aber nicht schliessen, ich sei der Ansicht, daß der Sachverständige in der Hauptverhandlung nicht anwesend sein solle. Im Gegenteil, er sollte möglichst immer da sein; denn in ausserordentlich vielen Fällen gibt uns erst die Hauptverhandlung selbst ein Bild von der Tat, durch das wir oft wichtige Anhaltspunkte für die Beurteilung des Uebel-

---

12) Amtsgerichtsrat **Allmenröder**: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages. Leitsatz 3.

13) Frl. Dr. **Duensing**: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages. Diskussion.

14) **Kloß**, Oberlandesgerichtsrat-Hamm: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages; S. 28.

15) Oberstaatsanwalt **Rupp**-Stuttgart: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages, S. 25.

16) **Ohlshausen**: Kommentar z. Str. G. B.

17) Bekanntmachung des Kgl. Bayerischen Staatsministeriums der Justiz vom 8. Juli 1910 betr. das Strafverfahren gegen Jugendliche. Justiz-Min. Bl., 1910, S. 6, 50. Siehe auch die Bekanntmachung vom 22. Juli 1908, J. M. Bl., S. 161. Referiert im C. J. V. J. u. F. II.; Jahrgang 1910, S. 131.

täters gewinnen. Häufig auch ist die geistige Erkrankung zur Zeit der Hauptverhandlung bereits weiter vorgeschritten und wird daher nicht so leicht übersehen, ein wichtiger Umstand, auf den besonders Cramer wiederholt hingewiesen hat. Wir werden daher häufig garnicht umhin können, gelegentlich in der Hauptverhandlung selbst Aenderungen unseres Gutachtens begründen zu müssen. Das mündliche Gutachten lässt sich eben nicht ganz vermeiden. Da es, wie bereits betont, bei vielen Jugendlichen, z. B. bei Neurasthenikern, Hysterischen etc. erziehungswidrig und oft gesundheitsschädlich wirkt, so wäre es ärztlicherseits sehr zu wünschen, wenn der Gerichtshof das Recht hätte, jugendliche Uebeltäter zeitweise aus dem Verhandlungsraume zu entfernen, und zwar nicht nur, wenn erzieherische, sondern auch wenn gesundheitliche Rücksichten es erfordern.

Aber nicht nur vor den Schäden der Hauptverhandlung, sondern auch vor denen der Untersuchungshaft müssen wir unsere Jugend möglichst bewahren. Wie Schafsteck[18]) seiner Zeit ausführte, hat der Jugendliche, der einmal Gefängniskost gegessen hat, oft nicht nur die Angst vor dem Gefängnis verloren, sondern er nimmt dazu noch häufig dauernden sittlichen Schaden ins Leben mit, besonders, wenn er mit alten Verbrechern zusammenkommt. Wenn eben möglich, sollte man daher die jugendlichen Kriminellen in besonderen Anstalten unterbringen, die zugleich als Beobachtungsstation dienen könnten.

II.

Meine Herren, ich komme nun zum zweiten Teil meines Vortrages: Tätigkeit der Medizinalbeamten bei Vollzug des Fürsorgegesetzes. Am 1. April waren es 10 Jahre, dass das preussische Gesetz über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger in Kraft getreten ist. Das Ministerium des Innern hat dieses Jubiläum benutzt, um in einem besonderen Werke die Erfolge der Fürsorgeerziehung ausführlich zu beleuchten.[19]) Jedem, der sich für unsere Jugend interessiert, kann das Studium dieses Werkes nicht genug ans Herz gelegt werden. Wir ersehen daraus, dass bei den in der Zeit vom 1. April 1904 bis zum 31. März 1909 aus der Fürsorgeerziehung ausgeschiedenen Zöglingen ausserordentlich gute Resultate erzielt wurden. Wie nicht anders zu erwarten, waren die Erfolge besonders günstig bei den jüngeren Zöglingen. Von den 1—14 jährigen wurden 85 %, von den 14—16 jährigen 75 %, von den 16—18 jährigen 65 % gebessert. Diese Zahlen zeigen uns deutlich, wie unrecht diejenigen haben, die von der Fürsorgeerziehung nichts wissen

[18]) Schafsteck, Amtsgerichtsrat, Würzburg: Verh. des 1. Deutschen Jugendgerichtstags.

[19]) Statistik über die Erfolge der Fürsorgeerziehung bei den in der Zeit vom 1. April 1904 bis zum 31. März 1909 aus der Fürsorgeerziehung ausgeschiedenen Personen, deren Ueberweisung nach dem Gesetze vom 2. Juli 1900 erfolgt war. Bearbeitet im Kgl. Preuß. Ministerium d. Innern. Rawitsch; Druckerei der Strafanstaltsverwaltung.

wollen, und die da glauben, mit Strafen auskommen zu können. Gewiß soll die Entfernung eines Kindes aus dem Elternhaus nur dann stattfinden, wenn das Wohl des Kindes es unbedingt erfordert. Wir alle wissen, nichts auf der Welt kann uns die Mutter und die Familie ersetzen. Der Gedanke an Vater und Mutter gibt uns einen ganz anderen Halt im Leben, wie die beste Anstaltserziehung. Das darf uns aber nicht verleiten, die Entfernung aus dem Elternhause zu lange hinauszuschieben, wie es viele Richter heute tun, die auf dem Standpunkt stehen, dass ein Elternhaus mit Mängeln besser sei, als die Herausnahme aus der Familie. Man sollte bedenken, dass erfahrene Leute, wie z. B. Böttcher[20]) und Polligkeit gerade in Mängeln des Elternhauses die Hauptursache der sittlichen Verwahrlosung finden. Die Furcht vor der Erziehungsanstalt wird zweifellos üble Früchte zeitigen und hat sie bereits gezeitigt. Sie ist zum Teil schuld daran, daß die Mehrzahl der Zöglinge heute bei der Ueberweisung körperlich und geistig so verwahrlost ist, dass sie nicht in Familien, sondern nur in Anstalten untergebracht werden kann. Fast alle Kommunalverbände und Oberpräsidenten berichten über zu späte Anordnung der Fürsorgeerziehung.[21])[22])[23])[24]) In langjähriger Tätigkeit als stellvertretender Arzt an der Königlichen Erziehungsanstalt Hardehausen habe ich diese Klagen durchaus berechtigt gefunden. Wir können keiner Familie zumuten, hochgradig verwahrloste Jungen und Mädchen aufzunehmen, und sind daher gezwungen, sie in Anstalten zu schicken, wodurch dem Staate enorme Mehrkosten erwachsen. Aber auch in den Anstalten sind sie eine grosse Last und erschweren das Erziehungswerk. Einen Teil der Schuld an den unangenehmen Vorkommnissen in verschiedenen Erziehungsanstalten im vergangenen Jahre tragen die Gerichte und Behörden, die die Kinder erst nach völliger Verwahrlosung Anstalten überwiesen und dazu noch solchen Anstalten, deren Vorsteher in der Anstaltsleitung völlig unerfahren waren.

Ebenso wichtig wie die rechtzeitige Anordnung der Fürsorgeerziehung ist die Wahl der richtigen Art. Sie hängt ganz vom einzelnen Fall ab. Nur erfahrene Pädagogen, Aerzte und Richter, die ausserdem den einzelnen Fall, das Kind und sein Milieu genau vor Augen haben, können beurteilen, ob Schutzaufsicht, Familienpflege oder Anstaltserziehung am Platze ist. In

---

[20]) Böttcher, Direktor der sächsischen Landesanstalt zu Braunsdorf: Ueber Fürsorgeerziehung; Leipzig 1910. Verlag von Erich Bräter. 20 S. Preis: 0 75 M.

[21]) Jugendgericht contra Fürsorgeerziehung. Mitteilungen der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge. VI, Jahrgang Nr. 1.

[22]) Statistik über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger (Gesetz vom 2. Juli 1900) und über die Zwangserziehung Jugendlicher (§ 56 Strafgesetzbuch) für das Rechnungsjahr 1908. Abschnitt B.

[23]) Statistik über die Fürsorgeerziehung. 1909. Abschnitt B, S. 8. Bericht des Landeshauptmanns der Provinz Ostpreußen.

[24]) Bericht des Oberpräsidenten der Provinz Pommern. Siehe Anm. Seite 48.

Berlin wird ausgiebigster — wenn nicht gar zu ausgiebiger — Gebrauch von der Schutzaufsicht gemacht, bei der die Jugendlichen vielfach in der bisherigen Behausung bleiben. Gefährdete oder nur wenig Verwahrloste werden vielfach direkt in Familienpflege gegeben, während stärker verwahrloste und besonders alle zur Unzucht neigenden jungen Mädchen in Anstaltserziehung kommen müssen. Auch körperliche Leiden können den Ausschlag geben. So wird man Bettnässer in Anstalten unterbringen, wo sie nötigerweise jede Nacht mehrmals geweckt werden können, während manche Nervenkranke, z. B. leichte Hysterien sich für Familienpflege eignen.

Zweckmässig ist es, alle Fürsorgezöglinge, bei denen die Verhältnisse nicht ganz klar liegen, zunächst einer Beobachtungsstation zu überweisen, wie es in vielen Orten, z. B. Hamburg und Potsdam geschieht.[25]) Die Zöglinge werden hier etwa 4 Wochen von Aerzten und Pädagogen beobachtet, um dann in Familien- oder in Anstaltspflege gegeben zu werden. Es genügen aber keineswegs Anstalten, wo nur der Geisteszustand der Zöglinge berücksichtigt wird, sondern ebenso nötig sind genaue Untersuchungen über das sittliche Niveau durch tüchtige Pädagogen. Dass man möglichst besondere Anstalten für kriminelle und nicht kriminelle Zöglinge errichtet, wie sie Amtsgerichtsrat Köhne fordert, halte auch ich für nötig. Keinen Zögling sollte man im allgemeinen ohne eine längere Beobachtung aufgeben, d. h. von Fürsorgeerziehung ausschließen. Weder geistige Abnormität, noch hohes Alter oder vorgeschrittene Verwahrlosung rechtfertigen nach meinen Erfahrungen ein derartiges Vorgehen. All die eben genannten können sich in Anstalten unerwartet gut machen.

Deshalb würde ich es auch für verfehlt halten, wenn wir den § 1 unseres Fürsorgegesetzes im Sinne des sächsischen ändern würden, wie es z. B. der 50. Provinziallandtag der Rheinprovinz in der Sitzung vom 16. März 1910 für zweckmäßig erklärte.[26]) In Sachsen und in einigen außerdeutschen Staaten soll bekanntlich ein Minderjähriger, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, nur dann der Fürsorgeerziehung unterworfen werden, wenn sicher anzunehmen ist, daß durch sie eine Besserung erzielt wird.

Ich glaube, dieser Paragraph des am 1. Februar 1909 erlassenen Gesetzes wird sich nicht bewähren; denn niemand kann nach meinen Erfahrungen ohne lange Beobachtung wissen, ob ein Jugendlicher besserungsfähig ist. Wird das 16. Lebensjahr die obere Grenze, so wird gerade ein großer Teil derjenigen nicht geschützt, die des Schutzes am meisten bedürfen, unsere Psychopathen in der Pubertät. Gerade in diesem Alter, dem Ende der Flegeljahre, kommt mancher Jugendliche auf die schiefe Bahn, der nach erlangter Mannbarkeit, wenn man ihn künstlich einige Jahre über Wasser hält, noch ein ganz brauchbarer Mensch wird.

---

[25]) Petersen-Hamburg: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages.

[26]) Kluge-Potsdam: Die Herabsetzung der oberen Altersgrenze bei der Fürsorgeerziehung. Z. f. V. J. u. F.; 1910, S. 194.

Aber auch zum Schutze der Umgebung ist die **Beibehaltung des 18. Jahres als obere Grenze nötig**. Wie Kluge mit Recht betont, „sind die älteren Psychopathen außerordentlich häufig die Verführer ihrer Altersgenossen und der jüngeren Freunde; sie werden besonders dadurch gefährlich, daß sie rücksichtslos ohne jede Gewissensregung ihre Pläne verwirklichen.“

Ebenso unmedizinisch, wie die Aenderung der oberen Altersgrenze, wäre meines Erachtens die Festsetzung einer **unteren**. Es wird vielfach behauptet, das Kind im ersten, zweiten, ja noch im dritten Lebensjahr falle nicht unter das Fürsorgegesetz, weil da von einer Erziehung wegen mangelnden Verstandes noch keine Rede sein könnte. Aber wir erziehen doch auch Tiere und selbst niedrig stehende. Ja, die Werke über die Erziehung eines Jagdhundes, eines Rassepferdes werden mehr gelesen wie die über die Erziehung der Kinder. Ein Akt der Erziehung ist es doch schließlich, wenn die Mutter es ihrem wenige Tage resp. Wochen alten Kinde beibringt, nicht regellos, sondern alle drei Stunden Nahrung zu nehmen und die ganze Nacht ohne Nahrung durchzuschlafen; wenn sie dann das wenige Monate ältere Kind lehrt, seine Bedürfnisse zu befriedigen, sobald es abgehalten wird, oder wenn sie sich abmüht, einem wenige Jahre alten abnormen Kinde die Onanie abzugewöhnen. Vernachlässigt eine Mutter diese Pflichten, so ist eine körperliche und oft auch geistige Verwahrlosung die Folge, und zwar infolge mangelnder Erziehung. Das Fürsorgegesetz könnte also meines Erachtens oft schon sehr früh Anwendung finden, wie auch Amtsgerichtsrat **Landsberg** angibt.[27]).

Den Beginn des dritten Lebensjahres als untere Grenze festzusetzen, wie Landesrat **Stange**-Posen es will,[28]) halte ich nicht für zweckmäßig. Er ist ebenso wie das Kammergericht[29]) der Ansicht, daß bei Kindern im zartesten Alter von einer durch die Fürsorgeerziehung abzuwendenden Verwahrlosung nicht die Rede sein könnte.[30])

Da das Bundesamt für Heimatwesen der Ansicht ist, daß für solche Kinder, die nach § 1666 B.G.B. durch das Vormundschaftsgericht von ihren Eltern getrennt sind, die Armenverwaltung nicht aufzukommen brauche, so wird für diese oft von keiner Seite gesorgt. Allgemein hält man daher eine Aenderung des § 1 des Fürsorgegesetzes für nötig, wenn es seinen Zweck erfüllen soll, eine körperliche und geistige Verwahrlosung der Jugend zu verhüten. Ich erinnere nur an die Sitzung im Herrenhause am 31. Mai v. J. und an die Konferenz der preußischen Landesdirektoren im vergangenen August[30]), wo einstimmig die

---

27) Amtsgerichtsrat Js. **Landsberg**: Fürsorgeerziehung in ihrer Anwendung auf noch nicht schulpflichtige Kinder. Berlin 1910. Verlag von Carl **Heymann**. Pr.: 60 Pf.

28) Landesrat Dr. **Stange**-Posen: Zur Abänderung des Preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes. Z. f. V. J. u. F.; 1911, S. 10.

29) Entscheidung des Kammergerichts vom 15. April 1910. Z. f. V. J. und F.; 1910, S. 167.

30) Landesrat **Stange**-Posen: „Wann soll die Fürsorgeerziehung beginnen?“ Z. f. V. J. und F.; 1910, S. 146.

Aenderung des § 1 des Fürsorgegesetzes für nötig erklärt wurde. Dehnt man die Fürsorgeerziehung auch auf jüngere Kinder aus, so wird zwar die Zahl der Zöglinge größer, aber ihr Zweck wird auch viel besser erreicht.

Die Zahl der Zöglinge in unseren Erziehungsanstalten läßt sich wieder dadurch etwas verringern, daß wir die Unerziehbaren aus ihnen entfernen und in billigeren Häusern unterbringen, wo sie ihr Brot möglichst selbst verdienen können. In erster Linie kommt das Arbeitshaus in Betracht. Bei geistig gesunden Gewohnheitsverbrechern, den sogenannten Verbrechernaturen, und bei gewerbsmäßigen Verbrechern, den Berufsverbrechern, dagegen empfehlen sich „Sicherungsanstalten", wie man sie für Erwachsene vorgesehen hat. Erziehbare Psychopathen gehören in ärztlich geleitete „Zwischenanstalten", wie Hannover und Brandenburg sie jetzt bauen. Unerziehbare dagegen in besondere billigere Häuser. Gelegentlich empfiehlt sich, bei diesen Psychopathen, bevor man sie als unerziehbar abschiebt, ein Wechsel in der Anstalt, da eine Antipathie gegen gewisse Erzieher oder Aerzte bei ihnen oft alle Mühe vergeblich sein lässt.

Auf das, was ich bisher vorgetragen habe, hat der Medizinalbeamte meist nur einen indirekten Einfluss; denn der Kreisarzt nimmt nur einmal im Jahre eine Besichtigung der Erziehungsanstalten vor und hat sich dabei selbständiger Anordnungen möglichst zu enthalten.[31]) Dennoch haben wir es mit Freuden begrüsst, dass derartige Besichtigungen angeordnet sind. In dem Bericht über das Ergebnis dieser Besichtigung wird der Kreisarzt genügend Gelegenheit haben, seine Wünsche der Regierung vorzutragen. Außer diesen Besichtigungen finden noch Kommissionsrevisionen statt, wie Kollege Leers bereits im Jahre 1906 so eindringlich gefordert hatte.[32]) Das Schema, welches im Ministerium des Innern ausgearbeitet ist, dürfte sich auch für die Besichtigung der Kreisärzte, wenigstens in seinem ärztlichen Teil empfehlen. Dieses enthält unter anderem einen Bericht über die Zahl der in der Anstalt stattgefundenen körperlichen Züchtigungen und sonstigen Strafen. Bekanntlich hat das Ministerium[31]) die ihm unterstellten Behörden angewiesen, darauf zu dringen, daß genaue Strafregister geführt werden. Diese Listen hat der Medizinalbeamte bei der Revision sich vorlegen zu lassen. Diese Anordnung halte ich für durchaus zweckmäßig. Ich hege durchaus kein Mißtrauen gegen unsere Anstaltsleiter, im Gegenteil, ich bin lange Jahre in Erziehungsanstalten aus- und eingegangen, deren Leiter wie Mütter für ihre Zöglinge sorgten. Dennoch halte ich eine kreisärztliche Kontrolle des Strafverfahrens für zweckmäßig.

Da nach dem Bericht des Ministeriums eine ganze Reihe

---

[31]) Gemeinsamer Erlaß des Herrn Ministers des Innern und des Kultus vom 12. Mai 1910.

[32]) Dr. Otto Leers: Ueber den Stand und die Handhabung der Fürsorgeerziehung in Preußen. Arch. f. Krim. und Kriminalistik; Bd. 27, S. 180.

Anstalten ohne körperliche Züchtigung ausgezeichnete Resultate erzielt haben, so wäre es vielleicht schon bald möglich, die körperlichen Züchtigungen aus den Anstalten ganz zu verbannen. Es wird dieses viel eher möglich sein, wie die Entfernung des Stockes aus der Schule, da dem Anstaltsleiter viel mehr Strafmittel zur Verfügung stehen wie dem Lehrer. Für ganz und gar unzulässig halte ich bei Jugendlichen die Kostschmälerung oder gar die Entziehung der warmen Kost, die beide noch vielfach geübt werden.[33])

Einige Punkte vermisse ich in dem obengenannten Revisionsschema. Zunächst eine Rubrik über das Aufstehen der Zöglinge. Wenn die Zöglinge im Sommer wie im Winter um 5 Uhr aufstehen, so erscheint mir das viel zu früh, selbst wenn alle um $^1/_2$10 Uhr zu Bett sein müssen. Wenigstens sollte man die blutarmen und schwächlichen länger schlafen lassen. Zweckmäßig wäre es, wenn auch hierüber genau Buch geführt würde. Ich glaube, man würde viel Medizin sparen, wenn man sich des Schlafes als Heilmittel mehr bedienen würde.

Noch einen Punkt möchte ich hervorheben, welcher ebenfalls in dem Schema fehlt. Es ist ein Vermerk über die Unfälle, die in den Erziehungsanstalten im Laufe des Jahres vorgekommen sind. Jeder einzelne Unfall, der einen Zögling trifft, sollte in einer besonderen Liste geführt werden, da es sonst allzuleicht vorkommen kann, daß entschädigungspflichtige Unfälle nicht entschädigt werden. Ist doch niemand da, der ein solches Interesse daran hat, daß der verunglückte Zögling seine Rente bekommt, wie die Eltern. Die Anstaltsleiter besitzen natürlich nicht immer die nötige Kenntnis, um beurteilen zu können, welche Unfälle entschädigungspflichtig sind. Wenn auch der Anstaltsarzt die nötige Erfahrung hat, so halte ich doch im Interesse des Zöglings eine Kontrolle des Arztes für notwendig. Hierzu würde sich der Kreisarzt bezw. Regierungs- und Medizinalrat ganz besonders eignen.

Zum Schluß noch einige Worte über die außerhalb der Anstalt untergebrachten Zöglinge. Soll ein Zögling bei einer Familie untergebracht werden, z. B. bei einem Handwerksmeister, so wird beim Ortsgeistlichen, beim Lehrer, beim Ortsvorsteher und vielleicht bei der Handwerkskammer angefragt, ob die betreffende Familie sich zur Erziehung von Jugendlichen eignet, ob sie speziell religiös, und ob der Meister in seinem Fach tüchtig ist.

M. H.! Ich meine, es fehlt hier ein außerordentlich wichtiger Punkt: Gesorgt ist doch nur für die Religion und für die Fachausbildung des Jugendlichen, aber nicht für den Körper, für die Gesundheit. Gerade als ob der alte Spruch: „sana mens in sano corporo“ heute keine Geltung mehr hätte.

Ich halte es daher für unbedingt erforderlich, daß auf die

---

[33]) Reglement für die Verwaltung der Provinzial-Erziehungsanstalt zu Augsburg für schulentlassene weibliche Zöglinge.

deshalb die Wohltat des § 51 nicht zusprachen, während kurz darauf die Diagnose Jugendirrsinn gestellt wurde, die sich als richtig erwies. Wenn dem Besten unter uns derartige Irrtümer unterlaufen, dann können wir den Richtern, die doch immer Laien bleiben, wohl keinen Vorwurf machen. Gerade die erfahrensten unter ihnen haben immer wieder betont, daß ihnen die psychopathischen Konstitutionen, die ja am meisten in Frage kommen, besondere Schwierigkeiten machen.[11])

Können, wie Sie sehen, noch einige Zweifel bestehen, ob eine psychiatrische Untersuchung aller jugendlichen Kriminellen unbedingt notwendig ist, so müssen diese schwinden, sobald es sich um Schüler der Hilfsklassen handelt. Diese müssen in allen Fällen ärztlich untersucht werden, und zwar deshalb, weil ein außerordentlich großer Prozentsatz von ihnen psychisch anormal ist.

Ich komme nun zu der Frage: Wer soll die Einsichtsgutachten erstatten? Sie werden sagen: „Selbstverständlich nur der Arzt!" So selbstverständlich wie uns ist den Richtern und sonstigen Laien das aber nicht. Wir Aerzte haben vor Gericht häufig betonen müssen, dass nicht nur die intellektuelle Reife, sondern auch die sittliche Reife, der Wille, der Charakter, bei der Begutachtung in Betracht zu ziehen sei. Daraus schließen viele Richter, Geistliche, Lehrer, Leiter für Jugendfürsorgezentralen, besonders aber Frauen, daß es an der Zeit sei, neben den Aerzten auch Leute aus ihrer Reihe zu hören; denn über die sittliche Reife eines Jugendlichen glauben sie ebenso gut wie der Arzt ein Gutachten abgeben zu können. Ja, Fürsorgeausschüsse und Jugendschutzvereine, in denen nicht mal immer ein Psychiater sitzt, entscheiden heute schon über die Einsicht und sittliche Reife. Es wäre besser, wir begrüben die ganze Jugendgerichtsbewegung, als daß wir es dazu kommen lassen; denn machen wir Laien zu Sachverständigen in Dingen, wovon sie nichts verstehen, so wird himmelschreiende Ungerechtigkeit die Folge sein. Haben uns doch erst jüngst die Verhandlungen und die Zeitungsartikel bei Gelegenheit des Kurpfuschergesetzes gezeigt, wie unwissend selbst gebildete Laien in ärztlichen Dingen sind. Unzertrennlich verknüpft mit den Krankheiten ist der Charakter, die Moral eines Menschen, und nur der kann diese beurteilen, der jene beherrscht. Tritt uns doch in kranken Tagen ein ganz fremder, uns bis dahin ganz unbekannter Mensch entgegen. Eltern, Geistliche, Lehrer, Jugendgerichtsgehilfen, sie alle mögen gehört werden, das Gutachten aber, ob ein minderwertiger, ein anormaler Jugendlicher imstande war, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen, kann nur der psychiatrisch und kriminalistisch gebildete Arzt erstatten.

Ich komme nun zu der Frage, welcher Arzt ist der beste Jugendgerichtsarzt? Wem kommt dieses Amt zu? Die

---

[11]) Amtsgerichtsrat Fischer: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages; Bd. II, S. 34.

Antwort ist eigentlich selbstverständlich: „Der Gerichtsarzt"; denn er hat die grösste kriminalistische Erfahrung. Gleichwohl hat man an verschiedenen Orten die Gerichtsärzte völlig ausgeschaltet; besonders in den Grosstädten sind vielfach nicht Gerichtsärzte vor dem Jugendgericht tätig. Ja, meine Herren, der leider zu früh verstorbene Amtsgerichtsrat Fischer hat auf dem ersten Deutschen Jugendgerichtstag sogar folgende zwei Thesen aufgestellt.

1. „Für die Tätigkeit beim Jugendgericht sind besonders geschulte Kinder- und Nervenärzte als Sachverständige heranzuziehen.

2. Die Heranziehung eines Stammes geschulter Kinder- und Nervenärzte ist ein dringendes Bedürfnis."

Er schaltet also generell die Gerichtsärzte aus. Da fragen wir uns mit Recht: „Wie ist das möglich? War es vielleicht Misstrauen zu dem Können unserer Gerichtsärzte?" M. H.! Ich halte dies bei den Führern der Jugendgerichtsbewegung für ausgeschlossen. Der Grund ist ein ganz anderer: Wie überall, so verlangte man auch bei dieser Bewegung, dass die Aerzte ihre Dienste gratis liefern sollten, und man musste es fordern, weil man kein Geld hatte. Gratisarbeit konnte man natürlich von den Gerichtsärzten nicht verlangen; man musste deshalb jüngere Aerzte nehmen, denn nur sie haben im allgemeinen überflüssige Zeit. Aber auch sie werden, sobald ihre Praxis grösser geworden ist, die Arbeit nicht mehr umsonst machen wollen; es werden deshalb wiederum neue, unerfahrene Aerzte an ihre Stelle treten. Die Folge dieser heutigen Praxis wird sein, dass wir niemals einen Stamm brauchbarer Jugendgerichtsärzte bekommen werden, und dass die ohnehin geringen Erfahrungen auf diesem Spezialgebiet immer weniger Fortschritte machen werden. Ja, ich fürchte, ein Laie, der sich dauernd mit diesen Dingen beschäftigt, wird den jüngeren und Neulingen unter den Sachverständigen nicht selten überlegen sein. So nur ist es verständlich, wenn jüngst der Vorsitzende eines Vereins für Jugendfürsorge glaubte, der Richter könne ebensogut auch die Leiter der Zentrale als Sachverständige laden. Dieser zweifellos ausserordentlich erfahrene Mann hatte sicherlich oft recht gehabt, daß er die Fälle besser, wie der junge Arzt beurteilte. Sonst hat man für das Jugendgericht die besten Kräfte ausgesucht und immer und immer wieder wird darauf hingewiesen, daß man nur ganz besonders tüchtige Jugendrichter und nur ganz besonders hervorragende Jugendstaatsanwälte verwenden soll. Ja, um ihnen die Berufsfreude zu erhalten und ihr Amt begehrenswert zu machen, hat man im Landtag sogar verlangt, daß sie besonders schnell avanzieren und bei Dekorationen bevorzugt werden sollen. Warum macht man dann gerade bei dem Arzt eine Ausnahme? Ist doch die Stellung des Sachverständigen von grosser Wichtigkeit! Von seinem Gutachten hängt zumeist die Entscheidung ab. Wenn wir das bedenken, so müssen wir verlangen, dass die Besoldung der Sachverständigen so ist, dass die Herren nicht wechseln und nicht immer wieder neue Aerzte in die gerichtliche Psychiatrie sich

einarbeiten müssen, kurz gesagt, dass nur Gerichtsärzte als Jugendgerichtsärzte verwandt werden. Wie überall vor dem Gericht, so können auch vor dem Jugendgericht Sachverständige nur dann ein brauchbares Gutachten abgeben, wenn sie die richterlichen Zwecke genau vor Augen haben. Ein Sachverständiger vor dem Jugendgericht muss also vor allen Dingen wissen, was das Jugendgericht will, und welche Zwecke der Richter verfolgt. Er muss die nötigen Gesetzesbestimmungen kennen, über die Einrichtungen unserer Gefängnisse, unserer Erziehungsanstalten, über die Handhabung der Familienpflege genau informiert sein. All diese Kenntnisse können wir wohl bei dem Durchschnitts-Gerichtsarzt, nicht aber bei dem Durchschnitts-Kinder- und Nervenarzt voraussetzen.

Berliner Verhältnisse sollten wir nicht ohne weiteres auf andere Orte übertragen. Hier hat Geheimrat Ziehen die Sache in die Hand genommen; seinem Einfluss war es natürlich leicht, ganz besonders tüchtige und in der Sachverständigentätigkeit erfahrene Nervenärzte und Militärpsychiater zu gewinnen, besonders solche, die sich der akademischen Laufbahn widmen wollten. In anderen Orten wird es nicht so sein. Dort werden die oben erwähnten Mängel viel deutlicher hervortreten.

Ich komme nach dieser Abschweifung zurück zu den Thesen des Amtsgerichtsrats Fischer. Er will, wie Sie gehört haben, Kinder- und Nervenärzte als Sachverständige vor dem Jugendgericht verwenden. Was Kinderärzte vor dem Jugendgericht sollen, ist mir ganz unverständlich. Es handelt sich doch nicht um die Begutachtung von Säuglingen und Kindern in den ersten Lebensjahren. Wir wollen doch prinzipiell keine Kinder mehr vor das Gericht schleppen und wollen gerade deshalb das strafmündige Alter heraufsetzen. Aber auch den Nervenarzt halte ich, wie bereits gesagt, im allgemeinen für ungeeignet, da ihm zumeist die unbedingt erforderliche gerichtlich-medizinische Praxis fehlt. Mögen die Zentralen für Jugendfürsorge Aerzte anstellen, die alle jugendlichen Kriminellen voruntersuchen und ihre Bedenken äussern, das endgültige Gutachten vor Gericht sollte in allen Fällen der Medizinalbeamte, der fest angestellte Gerichtsarzt erstatten.

Zweckmässig ist es allerdings, dass möglichst einer der Gerichtsärzte sämtliche Sachen vor dem Jugendgericht übernimmt. Zersplittern wir die Fälle, nehmen wir drei oder vier Jugendgerichtsärzte, so kann der einzelne nicht die nötige Erfahrung sammeln. Uebung allein genügt aber nicht. Soll der Gerichtsarzt wissenschaftlich auf der Höhe bleiben, so muss er auch theoretisch in der gerichtlichen Medizin und speziell in der gerichtlichen Psychiatrie fortgebildet werden, wie es ja auch bereits geschieht. Damit das lebende Unterrichtsmaterial der gerichtlich-medizinischen Institute vermehrt wird, ist allerdings die Errichtung besonderer Kliniken für dieses Lehrfach notwendig, die zugleich als Beobachtungsstationen für alle unklaren Fälle dienen müssen. Den psychiatrischen und sonstigen Kliniken sind diese Kranken viel-

fach lästig; ihre Leiter sind auch wegen Zeitmangels nur äusserst selten bereit, ihre Gutachten vor Gericht selbst zu vertreten.

Wir haben bisher gehört, wer der geeignete Sachverständige vor dem Jugendgericht ist. Wir kommen nun zu der Frage: „Wann soll der ärztliche Sachverständige gehört werden? Von juristischer Seite ist wiederholt die Forderung erhoben worden, dass der ärztliche Sachverständige bereits im Vorverfahren zugezogen werden soll.[12]) Man steht bekanntlich mit wenigen Ausnahmen[13]) auf dem Standpunkt, dass der Jugendliche möglichst vor der Hauptverhandlung bewahrt werden soll, und wünscht, dass bereits der Staatsanwalt das Verfahren einstellt, wenn mangelnde Erkenntnisfähigkeit der Jugendlichen vorliegt. Das Recht hierzu, das dem Gericht nach § 56 Str. P. O. zweifellos zukommt, gibt die Mehrzahl glücklicherweise auch dem Staatsanwalt.[14])[15]) Nur Olshausen[16]) hält den Staatsanwalt hierzu für nicht berechtigt. In Bayern darf die Anklageschrift für Jugendliche nur dann eingereicht werden und der Antrag auf Erlassung eines Strafbefehles nur dann gestellt werden, wenn ausreichende Sicherheit dafür vorhanden ist, dass der Beschuldigte die zur Erkenntnis der Srafbarkeit seiner Handlung erforderliche Einsicht besessen hat.[17])

Wir Sachverständige werden es wohl alle begrüssen, dass wir nicht, wie es jetzt noch vielfach geschieht, erst in der Hauptverhandlung, sondern schon im Vorverfahren zugezogen werden. Einmal ist die Erstattung eines ausführlichen Gutachtens in der Hauptverhandlung besonders für die psychopathischen Konstitutionen durchaus erziehungswidrig und gesundheitsschädlich, dann aber können wir dem Richter resp. Staatsanwalt im Vorverfahren bereits wichtige Fingerzeige in bezug auf Zeugenvernehmungen usw. geben und nötigenfalls unsere Zuziehung bei Zeugenvernehmungen empfehlen. Wir sehen also, dass hier ärztliche, pädagogische und richterliche Wünsche zusammentreffen. M. H., aus diesen Ausführungen dürfen Sie aber nicht schliessen, ich sei der Ansicht, daß der Sachverständige in der Hauptverhandlung nicht anwesend sein solle. Im Gegenteil, er sollte möglichst immer da sein; denn in ausserordentlich vielen Fällen gibt uns erst die Hauptverhandlung selbst ein Bild von der Tat, durch das wir oft wichtige Anhaltspunkte für die Beurteilung des Uebel-

---

[12]) Amtsgerichtsrat Allmenröder: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages. Leitsatz 3.

[13]) Frl. Dr. Duensing: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages. Diskussion.

[14]) Kloß, Oberlandesgerichtsrat-Hamm: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages; S. 28.

[15]) Oberstaatsanwalt Rupp-Stuttgart: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages, S. 25.

[16]) Ohlshausen: Kommentar z. Str. G. B.

[17]) Bekanntmachung des Kgl. Bayerischen Staatsministeriums der Justiz vom 8. Juli 1910 betr. das Strafverfahren gegen Jugendliche. Justiz-Min. Bl., 1910, S. 6, 50. Siehe auch die Bekanntmachung vom 22. Juli 1908, J M. Bl. S. 161. Referiert im C. J. V. J. u. F. II.; Jahrgang 1910, S. 131.

täters gewinnen. Häufig auch ist die geistige Erkrankung zur Zeit der Hauptverhandlung bereits weiter vorgeschritten und wird daher nicht so leicht übersehen, ein wichtiger Umstand, auf den besonders Cramer wiederholt hingewiesen hat. Wir werden daher häufig garnicht umhin können, gelegentlich in der Hauptverhandlung selbst Aenderungen unseres Gutachtens begründen zu müssen. Das mündliche Gutachten lässt sich eben nicht ganz vermeiden. Da es, wie bereits betont, bei vielen Jugendlichen, z. B. bei Neurasthenikern, Hysterischen etc. erziehungswidrig und oft gesundheitsschädlich wirkt, so wäre es ärztlicherseits sehr zu wünschen, wenn der Gerichtshof das Recht hätte, jugendliche Uebeltäter zeitweise aus dem Verhandlungsraume zu entfernen, und zwar nicht nur, wenn erzieherische, sondern auch wenn gesundheitliche Rücksichten es erfordern.

Aber nicht nur vor den Schäden der Hauptverhandlung, sondern auch vor denen der Untersuchungshaft müssen wir unsere Jugend möglichst bewahren. Wie Schafsteck[18]) seiner Zeit ausführte, hat der Jugendliche, der einmal Gefängniskost gegessen hat, oft nicht nur die Angst vor dem Gefängnis verloren, sondern er nimmt dazu noch häufig dauernden sittlichen Schaden ins Leben mit, besonders, wenn er mit alten Verbrechern zusammenkommt. Wenn eben möglich, sollte man daher die jugendlichen Kriminellen in besonderen Anstalten unterbringen, die zugleich als Beobachtungsstation dienen könnten.

II.

Meine Herren, ich komme nun zum zweiten Teil meines Vortrages: Tätigkeit der Medizinalbeamten bei Vollzug des Fürsorgegesetzes. Am 1. April waren es 10 Jahre, dass das preussische Gesetz über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger in Kraft getreten ist. Das Ministerium des Innern hat dieses Jubiläum benutzt, um in einem besonderen Werke die Erfolge der Fürsorgeerziehung ausführlich zu beleuchten.[19]) Jedem, der sich für unsere Jugend interessiert, kann das Studium dieses Werkes nicht genug ans Herz gelegt werden. Wir ersehen daraus, dass bei den in der Zeit vom 1. April 1904 bis zum 31. März 1909 aus der Fürsorgeerziehung ausgeschiedenen Zöglingen ausserordentlich gute Resultate erzielt wurden. Wie nicht anders zu erwarten, waren die Erfolge besonders günstig bei den jüngeren Zöglingen. Von den 1—14jährigen wurden 85 %, von den 14—16jährigen 75 %, von den 16—18jährigen 65 % gebessert. Diese Zahlen zeigen uns deutlich, wie unrecht diejenigen haben, die von der Fürsorgeerziehung nichts wissen

[18]) Schafsteck, Amtsgerichtsrat, Würzburg: Verh. des 1. Deutschen Jugendgerichtstags.

[19]) Statistik über die Erfolge der Fürsorgeerziehung bei den in der Zeit vom 1. April 1904 bis zum 31. März 1909 aus der Fürsorgeerziehung ausgeschiedenen Personen, deren Ueberweisung nach dem Gesetze vom 2. Juli 1900 erfolgt war. Bearbeitet im Kgl. Preuß. Ministerium d. Innern. Rawitsch; Druckerei der Strafanstaltsverwaltung.

wollen, und die da glauben, mit Strafen auskommen zu können. Gewiß soll die Entfernung eines Kindes aus dem Elternhaus nur dann stattfinden, wenn das Wohl des Kindes es unbedingt erfordert. Wir alle wissen, nichts auf der Welt kann uns die Mutter und die Familie ersetzen. Der Gedanke an Vater und Mutter gibt uns einen ganz anderen Halt im Leben, wie die beste Anstaltserziehung. Das darf uns aber nicht verleiten, die Entfernung aus dem Elternhause zu lange hinauszuschieben, wie es viele Richter heute tun, die auf dem Standpunkt stehen, dass ein Elternhaus mit Mängeln besser sei, als die Herausnahme aus der Familie. Man sollte bedenken, dass erfahrene Leute, wie z. B. Böttcher[20]) und Polligkeit gerade in Mängeln des Elternhauses die Hauptursache der sittlichen Verwahrlosung finden. Die Furcht vor der Erziehungsanstalt wird zweifellos üble Früchte zeitigen und hat sie bereits gezeitigt. Sie ist zum Teil schuld daran, daß die Mehrzahl der Zöglinge heute bei der Ueberweisung körperlich und geistig so verwahrlost ist, dass sie nicht in Familien, sondern nur in Anstalten untergebracht werden kann. Fast alle Kommunalverbände und Oberpräsidenten berichten über zu späte Anordnung der Fürsorgeerziehung.[21])[22])[23])[24]). In langjähriger Tätigkeit als stellvertretender Arzt an der Königlichen Erziehungsanstalt Hardehausen habe ich diese Klagen durchaus berechtigt gefunden. Wir können keiner Familie zumuten, hochgradig verwahrloste Jungen und Mädchen aufzunehmen, und sind daher gezwungen, sie in Anstalten zu schicken, wodurch dem Staate enorme Mehrkosten erwachsen. Aber auch in den Anstalten sind sie eine grosse Last und erschweren das Erziehungswerk. Einen Teil der Schuld an den unangenehmen Vorkommnissen in verschiedenen Erziehungsanstalten im vergangenen Jahre tragen die Gerichte und Behörden, die die Kinder erst nach völliger Verwahrlosung Anstalten überwiesen und dazu noch solchen Anstalten, deren Vorsteher in der Anstaltsleitung völlig unerfahren waren.

Ebenso wichtig wie die rechtzeitige Anordnung der Fürsorgeerziehung ist die Wahl der richtigen Art. Sie hängt ganz vom einzelnen Fall ab. Nur erfahrene Pädagogen, Aerzte und Richter, die ausserdem den einzelnen Fall, das Kind und sein Milieu genau vor Augen haben, können beurteilen, ob Schutzaufsicht, Familienpflege oder Anstaltserziehung am Platze ist. In

---

[20]) Böttcher, Direktor der sächsischen Landesanstalt zu Braunsdorf: Ueber Fürsorgeerziehung; Leipzig 1910. Verlag von Erich Bräter. 20 S. Preis: 0.75 M.

[21]) Jugendgericht contra Fürsorgeerziehung. Mitteilungen der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge. VI, Jahrgang Nr. 1.

[22]) Statistik über die Fürsorgeerziehung Minderjähriger (Gesetz vom 2. Juli 1900) und über die Zwangserziehung Jugendlicher (§ 56 Strafgesetzbuch) für das Rechnungsjahr 1908. Abschnitt B.

[23]) Statistik über die Fürsorgeerziehung. 1909. Abschnitt B, S. 3. Bericht des Landeshauptmanns der Provinz Ostpreußen.

[24]) Bericht des Oberpräsidenten der Provinz Pommern. Siehe Anm. 19, Seite 48.

Berlin wird ausgiebigster — wenn nicht gar zu ausgiebiger — Gebrauch von der Schutzaufsicht gemacht, bei der die Jugendlichen vielfach in der bisherigen Behausung bleiben. Gefährdete oder nur wenig Verwahrloste werden vielfach direkt in Familienpflege gegeben, während stärker verwahrloste und besonders alle zur Unzucht neigenden jungen Mädchen in Anstaltserziehung kommen müssen. Auch körperliche Leiden können den Ausschlag geben. So wird man Bettnässer in Anstalten unterbringen, wo sie nötigerweise jede Nacht mehrmals geweckt werden können, während manche Nervenkranke, z. B. leichte Hysterien sich für Familienpflege eignen.

Zweckmässig ist es, alle Fürsorgezöglinge, bei denen die Verhältnisse nicht ganz klar liegen, zunächst einer Beobachtungsstation zu überweisen, wie es in vielen Orten, z. B. Hamburg und Potsdam geschieht.[25]) Die Zöglinge werden hier etwa 4 Wochen von Aerzten und Pädagogen beobachtet, um dann in Familien- oder in Anstaltspflege gegeben zu werden. Es genügen aber keineswegs Anstalten, wo nur der Geisteszustand der Zöglinge berücksichtigt wird, sondern ebenso nötig sind genaue Untersuchungen über das sittliche Niveau durch tüchtige Pädagogen. Dass man möglichst besondere Anstalten für kriminelle und nicht kriminelle Zöglinge errichtet, wie sie Amtsgerichtsrat Köhne fordert, halte auch ich für nötig. Keinen Zögling sollte man im allgemeinen ohne eine längere Beobachtung aufgeben, d. h. von Fürsorgeerziehung ausschließen. Weder geistige Abnormität, noch hohes Alter oder vorgeschrittene Verwahrlosung rechtfertigen nach meinen Erfahrungen ein derartiges Vorgehen. All die eben genannten können sich in Anstalten unerwartet gut machen.

Deshalb würde ich es auch für verfehlt halten, wenn wir den § 1 unseres Fürsorgegesetzes im Sinne des sächsischen ändern würden, wie es z. B. der 50. Provinziallandtag der Rheinprovinz in der Sitzung vom 16. März 1910 für zweckmäßig erklärte.[26]) In Sachsen und in einigen außerdeutschen Staaten soll bekanntlich ein Minderjähriger, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, nur dann der Fürsorgeerziehung unterworfen werden, wenn sicher anzunehmen ist, daß durch sie eine Besserung erzielt wird.

Ich glaube, dieser Paragraph des am 1. Februar 1909 erlassenen Gesetzes wird sich nicht bewähren; denn niemand kann nach meinen Erfahrungen ohne lange Beobachtung wissen, ob ein Jugendlicher besserungsfähig ist. Wird das 16. Lebensjahr die obere Grenze, so wird gerade ein großer Teil derjenigen nicht geschützt, die des Schutzes am meisten bedürfen, unsere Psychopathen in der Pubertät. Gerade in diesem Alter, dem Ende der Flegeljahre, kommt mancher Jugendliche auf die schiefe Bahn, der nach erlangter Mannbarkeit, wenn man ihn künstlich einige Jahre über Wasser hält, noch ein ganz brauchbarer Mensch wird.

---

[25]) Petersen-Hamburg: Verhandlungen des 1. Deutschen Jugendgerichtstages.

[26]) Kluge-Potsdam: Die Herabsetzung der oberen Altersgrenze bei der Fürsorgeerziehung. Z. f. V. J. u. F.; 1910, S. 194.

Aber auch zum Schutze der Umgebung ist die **Beibehaltung des 18. Jahres als obere Grenze nötig.** Wie Kluge mit Recht betont, „sind die älteren Psychopathen außerordentlich häufig die Verführer ihrer Altersgenossen und der jüngeren Freunde; sie werden besonders dadurch gefährlich, daß sie rücksichtslos ohne jede Gewissensregung ihre Pläne verwirklichen.“

Ebenso unmedizinisch, wie die Aenderung der oberen Altersgrenze, wäre meines Erachtens die Festsetzung einer unteren. Es wird vielfach behauptet, das Kind im ersten, zweiten, ja noch im dritten Lebensjahr falle nicht unter das Fürsorgegesetz, weil da von einer Erziehung wegen mangelnden Verstandes noch keine Rede sein könnte. Aber wir erziehen doch auch Tiere und selbst niedrig stehende. Ja, die Werke über die Erziehung eines Jagdhundes, eines Rassepferdes werden mehr gelesen wie die über die Erziehung der Kinder. Ein Akt der Erziehung ist es doch schließlich, wenn die Mutter es ihrem wenige Tage resp. Wochen alten Kinde beibringt, nicht regellos, sondern alle drei Stunden Nahrung zu nehmen und die ganze Nacht ohne Nahrung durchzuschlafen; wenn sie dann das wenige Monate ältere Kind lehrt, seine Bedürfnisse zu befriedigen, sobald es abgehalten wird, oder wenn sie sich abmüht, einem wenige Jahre alten abnormen Kinde die Onanie abzugewöhnen. Vernachlässigt eine Mutter diese Pflichten, so ist eine körperliche und oft auch geistige Verwahrlosung die Folge, und zwar infolge mangelnder Erziehung. Das Fürsorgegesetz könnte also meines Erachtens oft schon sehr früh Anwendung finden, wie auch Amtsgerichtsrat Landsberg angibt.[27]).

Den Beginn des dritten Lebensjahres als untere Grenze festzusetzen, wie Landesrat Stange-Posen es will,[28]) halte ich nicht für zweckmäßig. Er ist ebenso wie das Kammergericht[29]) der Ansicht, daß bei Kindern im zartesten Alter von einer durch die Fürsorgeerziehung abzuwendenden Verwahrlosung nicht die Rede sein könnte.[30])

Da das Bundesamt für Heimatwesen der Ansicht ist, daß für solche Kinder, die nach § 1666 B.G.B. durch das Vormundschaftsgericht von ihren Eltern getrennt sind, die Armenverwaltung nicht aufzukommen brauche, so wird für diese oft von keiner Seite gesorgt. Allgemein hält man daher eine Aenderung des § 1 des Fürsorgegesetzes für nötig, wenn es seinen Zweck erfüllen soll, eine körperliche und geistige Verwahrlosung der Jugend zu verhüten. Ich erinnere nur an die Sitzung im Herrenhause am 31. Mai v. J. und an die Konferenz der preußischen Landesdirektoren im vergangenen August[30]), wo einstimmig die

---

27) Amtsgerichtsrat Js. Landsberg: Fürsorgeerziehung in ihrer Anwendung auf noch nicht schulpflichtige Kinder. Berlin 1910. Verlag von Carl Heymann. Pr.: 60 Pf.

28) Landesrat Dr. Stange-Posen: Zur Abänderung des Preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes. Z. f. V. J. u. F.; 1911. S. 10.

29) Entscheidung des Kammergerichts vom 15. April 1910. Z. f. V. J. und F.; 1910, S. 167.

30) Landesrat Stange-Posen: „Wann soll die Fürsorgeerziehung beginnen?“ Z. f. V. J. und F.; 1910, S. 146.

Aenderung des § 1 des Fürsorgegesetzes für nötig erklärt wurde. Dehnt man die Fürsorgeerziehung auch auf jüngere Kinder aus, so wird zwar die Zahl der Zöglinge größer, aber ihr Zweck wird auch viel besser erreicht.

Die Zahl der Zöglinge in unseren Erziehungsanstalten läßt sich wieder dadurch etwas verringern, daß wir die Unerziehbaren aus ihnen entfernen und in billigeren Häusern unterbringen, wo sie ihr Brot möglichst selbst verdienen können. In erster Linie kommt das Arbeitshaus in Betracht. Bei geistig gesunden Gewohnheitsverbrechern, den sogenannten Verbrechernaturen, und bei gewerbsmäßigen Verbrechern, den Berufsverbrechern, dagegen empfehlen sich „Sicherungsanstalten", wie man sie für Erwachsene vorgesehen hat. Erziehbare Psychopathen gehören in ärztlich geleitete „Zwischenanstalten", wie Hannover und Brandenburg sie jetzt bauen. Unerziehbare dagegen in besondere billigere Häuser. Gelegentlich empfiehlt sich, bei diesen Psychopathen, bevor man sie als unerziehbar abschiebt, ein Wechsel in der Anstalt, da eine Antipathie gegen gewisse Erzieher oder Aerzte bei ihnen oft alle Mühe vergeblich sein lässt.

Auf das, was ich bisher vorgetragen habe, hat der Medizinalbeamte meist nur einen indirekten Einfluss; denn der Kreisarzt nimmt nur einmal im Jahre eine Besichtigung der Erziehungsanstalten vor und hat sich dabei selbständiger Anordnungen möglichst zu enthalten.[31]) Dennoch haben wir es mit Freuden begrüsst, dass derartige Besichtigungen angeordnet sind. In dem Bericht über das Ergebnis dieser Besichtigung wird der Kreisarzt genügend Gelegenheit haben, seine Wünsche der Regierung vorzutragen. Außer diesen Besichtigungen finden noch Kommissionsrevisionen statt, wie Kollege Leers bereits im Jahre 1906 so eindringlich gefordert hatte.[32]) Das Schema, welches im Ministerium des Innern ausgearbeitet ist, dürfte sich auch für die Besichtigung der Kreisärzte, wenigstens in seinem ärztlichen Teil empfehlen. Dieses enthält unter anderem einen Bericht über die Zahl der in der Anstalt stattgefundenen körperlichen Züchtigungen und sonstigen Strafen. Bekanntlich hat das Ministerium[31]) die ihm unterstellten Behörden angewiesen, darauf zu dringen, daß genaue Strafregister geführt werden. Diese Listen hat der Medizinalbeamte bei der Revision sich vorlegen zu lassen. Diese Anordnung halte ich für durchaus zweckmäßig. Ich hege durchaus kein Mißtrauen gegen unsere Anstaltsleiter, im Gegenteil, ich bin lange Jahre in Erziehungsanstalten aus- und eingegangen, deren Leiter wie Mütter für ihre Zöglinge sorgten. Dennoch halte ich eine kreisärztliche Kontrolle des Strafverfahrens für zweckmäßig.

Da nach dem Bericht des Ministeriums eine ganze Reihe

---

[31]) Gemeinsamer Erlaß des Herrn Ministers des Innern und des Kultus vom 12. Mai 1910.

[32]) Dr. Otto Leers: Ueber den Stand und die Handhabung der Fürsorgeerziehung in Preußen. Arch. f. Krim. und Kriminalistik; Bd. 27, S. 180.

Anstalten ohne körperliche Züchtigung ausgezeichnete Resultate erzielt haben, so wäre es vielleicht schon bald möglich, die körperlichen Züchtigungen aus den Anstalten ganz zu verbannen. Es wird dieses viel eher möglich sein, wie die Entfernung des Stockes aus der Schule, da dem Anstaltsleiter viel mehr Strafmittel zur Verfügung stehen wie dem Lehrer. Für ganz und gar unzulässig halte ich bei Jugendlichen die Kostschmälerung oder gar die Entziehung der warmen Kost, die beide noch vielfach geübt werden.[33])

Einige Punkte vermisse ich in dem obengenannten Revisionsschema. Zunächst eine Rubrik über das Aufstehen der Zöglinge. Wenn die Zöglinge im Sommer wie im Winter um 5 Uhr aufstehen, so erscheint mir das viel zu früh, selbst wenn alle um $^1/_2$10 Uhr zu Bett sein müssen. Wenigstens sollte man die blutarmen und schwächlichen länger schlafen lassen. Zweckmäßig wäre es, wenn auch hierüber genau Buch geführt würde. Ich glaube, man würde viel Medizin sparen, wenn man sich des Schlafes als Heilmittel mehr bedienen würde.

Noch einen Punkt möchte ich hervorheben, welcher ebenfalls in dem Schema fehlt. Es ist ein Vermerk über die Unfälle, die in den Erziehungsanstalten im Laufe des Jahres vorgekommen sind. Jeder einzelne Unfall, der einen Zögling trifft, sollte in einer besonderen Liste geführt werden, da es sonst allzuleicht vorkommen kann, daß entschädigungspflichtige Unfälle nicht entschädigt werden. Ist doch niemand da, der ein solches Interesse daran hat, daß der verunglückte Zögling seine Rente bekommt, wie die Eltern. Die Anstaltsleiter besitzen natürlich nicht immer die nötige Kenntnis, um beurteilen zu können, welche Unfälle entschädigungspflichtig sind. Wenn auch der Anstaltsarzt die nötige Erfahrung hat, so halte ich doch im Interesse des Zöglings eine Kontrolle des Arztes für notwendig. Hierzu würde sich der Kreisarzt bezw. Regierungs- und Medizinalrat ganz besonders eignen.

Zum Schluß noch einige Worte über die außerhalb der Anstalt untergebrachten Zöglinge. Soll ein Zögling bei einer Familie untergebracht werden, z. B. bei einem Handwerksmeister, so wird beim Ortsgeistlichen, beim Lehrer, beim Ortsvorsteher und vielleicht bei der Handwerkskammer angefragt, ob die betreffende Familie sich zur Erziehung von Jugendlichen eignet, ob sie speziell religiös, und ob der Meister in seinem Fach tüchtig ist.

M. H.! Ich meine, es fehlt hier ein außerordentlich wichtiger Punkt: Gesorgt ist doch nur für die Religion und für die Fachausbildung des Jugendlichen, aber nicht für den Körper, für die Gesundheit. Gerade als ob der alte Spruch: „sana mens in sano corporo“ heute keine Geltung mehr hätte.

Ich halte es daher für unbedingt erforderlich, daß auf die

[33]) Reglement für die Verwaltung der Provinzial-Erziehungsanstalt zu Augsburg für schulentlassene weibliche Zöglinge.

gesundheitlichen Verhältnisse der Pflegefamilien mehr Rücksicht genommen wird. Ein Fall aus der Praxis, der mir kürzlich mitgeteilt worden ist, mag Ihnen die Wichtigkeit dieser Maßnahmen dartun! Zu einem Schreiner wurde ein Zögling in die Lehre gegeben, der nach Jahresfrist an Schwindsucht zugrunde ging. Ein anderer Zögling bei demselben Meister starb ebenfalls an Schwindsucht. Schon ein dritter Zögling war in dieselbe Lehre gegeben worden, als dem Anstaltsdirektor der Tod der beiden Fürsorgezöglinge auffiel. Jetzt erst kam man auf den Gedanken, daß dort ein Schwindsüchtiger sein könnte, erkundigte sich bei dem Hausarzt, der mitteilte, daß die Familie schwindsüchtig sei, und daß ein Familienmitglied an offener Knochentuberkulose leide. M. H.! Ich finde es unverantwortlich, einen Zögling in eine Familie zu tun, über deren Gesundheitszustand man nicht vorher durch den Hausarzt aufgeklärt ist. Nehmen wir den Eltern ihre Kinder, dann haben wir auch die Verpflichtung, in jeder Beziehung die äußerste Vorsicht walten zu lassen. Auf die Gefahren, welche die Syphilis eines Familienmitgliedes den Zöglingen bringen kann, brauche ich Sie wohl nicht hinzuweisen, ebenso auf die Gefahr der ägyptischen Augenkrankheit, die wir in den östlichen Provinzen noch sehr häufig finden.

Wie sollen wir nun aber unsere Zöglinge vor derartigen Ansteckungen schützen?

Ich meine, jeder, der einen Zögling in seine Familie aufnehmen will, sollte vorher einen Revers unterschreiben, wonach er seinem Arzt gestattet, über seinen und aller seine Familienmitglieder Gesundheitszustand Auskunft zu erteilen. So würden wir die Zöglinge vor mancherlei Gefahren schützen. Daß über die Auskunft des Arztes absolute Verschwiegenheit gewahrt werden muß, brauche ich wohl nicht besonders hervorzuheben. Auch über die Wohnungsverhältnisse würde der Hausarzt in den meisten Fällen gute Auskunft geben können. Aber auch die Hilfe des Kreisarztes sollte bei den in Familien untergebrachten Zöglingen in Anspruch genommen werden. Ueber die Unterbringung eines jeden Zöglings sollte die Anstaltsleitung dem zuständigen Kreisarzt Mitteilung machen. Dieser sollte verpflichtet sein, gelegentlich anderweitigen Aufenthalts in einem Orte sich den Zögling anzusehen und über ihn sowohl, wie über die Wohnung und die sonstigen Verhältnisse bei vorhandenen Mängeln an den Anstaltsvorstand zu berichten.

(Lebhafter Beifall.)

Der Vortragende hatte seine Ausführungen in folgende **Leitsätze** zusammengefaßt:

A.

1. Alle jugendlichen Gesetzübertreter sind möglichst einer psychiatrischen Untersuchung zu unterziehen.
2. Ueber die Frage, ob der Täter zur Zeit der Begehung der Tat die nötige Reife hatte, sind in zweifelhaften Fällen vom Staatsanwalt vor Erhebung der Anklage oder vom Richter vor

der Eröffnung des Hauptverfahrens ärztliche Sachverständige zu hören; das Verfahren ist bei Verneinung einzustellen.

3. Diese Einsichtsgutachten sind grundsätzlich nur durch ärztliche Sachverständige abzugeben unter Verwertung der Angaben von Geistlichen, Lehrern, Jugendgerichtshöfen etc.

4. Findet eine Hauptverhandlung statt, so hat in allen zweifelhaft gewesenen Fällen der vorher gehörte gerichtsärztliche Sachverständige oder dessen Vertreter bei der Hauptverhandlung und möglichst auch bei den Zeugenvernehmungen zugegen zu sein.

5. Bei allen Jugendlichen, die eine Hilfsklasse besucht haben oder taubstumm sind, ist stets ein ärztlicher Sachverständiger zu hören.

6. Gemeinsame Straftaten von Jugendlichen und Erwachsenen sind ebenso wie Straftaten gegen Jugendliche möglichst vor das Jugendgericht zu bringen.

7. Der Gerichtshof muß das Recht haben, jugendliche Uebeltäter zeitweise aus dem Verhandlungsraum zu entfernen, wenn erzieherische Rücksichten es erfordern.

8. Jugendliche sind bis zur Aburteilung möglichst nicht in Untersuchungshaft, sondern in besonderen Anstalten unterzubringen.

9. Vor Anordnung erzieherischer Maßnahmen ist eine etwa 4wöchentliche Beobachtung in besonderen pädagogisch geleiteten Anstalten anzuraten. Diese Anstalten sind dem Jugendgerichtsarzt zu unterstellen.

10. Als Jugendgerichtsärzte sind nicht Kinder- oder Nervenärzte, sondern besonders erfahrene Gerichtsärzte anzustellen.

11. Soweit möglich sollen sämtliche Sachen vor dem Jugendgericht einem einzigen Gerichtsarzt übertragen werden.

12. Zur Fortbildung der Jugendgerichtsärzte, der Jugendrichter und Jugendstaatsanwälte sind besondere Fortbildungskurse notwendig, die für erstere natürlich gesondert abzuhalten sind.

13. Eine Verwendung von Aerzten, Geistlichen, Lehrern als Schöffen- resp. Strafkammerlaienrichter ist nicht anzuraten, eher vielleicht eine solche von Frauen.

B.

1. Die Medizinalbeamten, besonders die Gerichtsärzte, haben dahin zu wirken, daß die Kinder oder Jugendlichen nicht erst, wenn sie kriminell geworden sind, sondern schon bei drohender Verwahrlosung der Fürsorge überwiesen werden, sei es in Form der Schutzaufsicht oder der Familien- und Anstaltspflege.

2. Bei Beantwortung der außerordentlich schwierigen Frage, welche Art der Fürsorge geeignet erscheint, ist das Zusammenwirken von kriminalistisch und pädagogisch erfahrenen Richtern, Pädagogen und Aerzten unbedingt erforderlich.

3. Für unklare Fälle ist eine besondere Anstalt als Beobachtungsstation einzurichten, wo die Jugendlichen etwa 4 Wochen verbleiben.

4. Eine Herabsetzung der oberen Altersgrenze vom 18. auf das 16. Lebensjahr im § 1 des Fürsorgegesetzes ist vom ärztlichen Standpunkt aus sehr zu widerraten.

5. Da das Kammergericht bei seiner Auffassung von der Subsidiarität der Fürsorgeerziehung stehen geblieben ist, so ist eine Aenderung des § 1 des Fürsorgegesetzes dringend erforderlich.

6. Die Festsetzung einer unteren Altersgrenze dürfte sich nicht empfehlen.

7. Für die Erziehungsanstalten völlig ungeeignete Zöglinge müssen aus ihnen entfernt und in Arbeitshäusern, Zwischenanstalten, Bewahranstalten etc. untergebracht werden können.

8. Bei Psychopathen kann ein Wechsel in der Anstalt unter Umständen zu empfehlen sein.

9. Körperliche Züchtigungen sollten in Anstalten möglichst nicht stattfinden, ebensowenig gesundheitsschädliche Maßnahmen wie Kostschmälerung, Entziehung der warmen Kost etc.

10. Nach den Straflisten besonders oft bestrafte Zöglinge hat der Medizinalbeamte gelegentlich der Anstaltsrevisionen sich vorführen zu lassen und auf ev. irrenärztliche Beobachtung hinzuwirken.

11. Allzufrühes Aufstehen, wie es in manchen Anstalten üblich ist, ist für jüngere Zöglinge zweifellos gesundheitsschädlich.

12. Ueber sämtliche unfallverletzte Zöglinge ist eine Liste zu führen. Sie alle sind gelegentlich der Anstaltsrevisionen oder bei Familienpflege bei gelegentlicher Anwesenheit im Ort durch den Kreisarzt zu untersuchen.

13. Vor Unterbringung eines Zöglings in Familienpflege sind nicht nur die Ortspolizeibehörde, der Pfarrer, die Handwerkskammer etc., sondern möglichst auch der Hausarzt der Familie und ev. der Kreisarzt zu hören, wobei auf Tuberkulose, Syphilis und ägyptische Augenkrankheit besonders zu achten ist.

14. Jedes Familienoberhaupt hat vor Uebernahme eines Zöglings einen Revers zu unterschreiben, worin es seinem Hausarzt gestattet, über den Gesundheitszustand aller Familienmitglieder der Behörde Mitteilung zu machen.

15. Jeder Aufenthaltswechsel eines Zöglings ist dem zuständigen Kreisarzt binnen 3 Tagen unter Angabe der neuen Adresse mitzuteilen.

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion. Betreffs der von dem Herrn Referenten aufgestellten Leitsätze bemerke ich schon jetzt, daß diese nicht zur Abstimmung bestimmt sind, sondern nur als Unterlagen für die Diskussion dienen sollen.

Ich selbst möchte mir gleich ein paar Worte zu den Ausführungen des Herrn Vortragenden über die Revision der Fürsorgeanstalten durch die Kreisärzte erlauben.

Es ist Ihnen ja aus verschiedenen Prozessen in den letzten Jahren bekannt, daß die Prügelstrafe in einzelnen Fürsorgeanstalten leider noch in einer Art und Weise ausgeübt wird, die sowohl mit den gesundheitlichen, als den humanen Grundsätzen in grellem Widerspruch steht, und daß dies auch geschieht in Anstalten, deren Leiter aus dem geistlichen Stande hervorgegangen sind, und von denen man deshalb annehmen sollte, daß die körperliche Züchtigung in den von ihnen geleiteten Anstalten nur ganz ausnahms- [illegible]afe zur Anwendung kommen sollte. Jedenfalls haben jene Pro-

zesse den Beweis geliefert, daß die Kreisärzte bei den durch sie vorzunehmenden Besichtigungen nicht zu vertrauensvoll sein dürfen, sondern sich durch körperliche Untersuchung der Zöglinge überzeugen müssen, ob nicht eine mißbräuchliche Anwendung der Prügelstrafe und damit ein Ueberschreiten des Züchtigungsrechtes stattfindet. Ein Einblick in das von den Anstalten zu führende Strafbuch genügt hierzu m. E. nicht; das beste Mittel, um darüber ein zuverlässiges Urteil zu gewinnen, ist vielmehr die körperliche Untersuchung der Zöglinge bei entkleidetem Oberkörper; sie hat außerdem den großen Vorteil, daß man dadurch ein zuverlässiges Bild über die körperliche Entwickelung der Zöglinge, über etwa vorhandene Krankheitsanlagen usw. erhält. Zöglinge, über die nach dem Strafbuche mehrmals Disziplinarstrafen verhängt sind, sollten in bezug auf ihren geistigen Gesundheitszustand besonders eingehend untersucht werden; da sich gerade Schwachsinnige oder geistig minderwertige Personen erfahrungsgemäß häufiger als andere Zuwiderhandlungen gegen die Disziplin zu Schulden kommen lassen. Notwendig ist auch die regelmäßige Feststellung des Körpergewichts, womöglich in jedem Monat, und die Führung einer Gewichtstabelle, in die alle Wägungen einzutragen sind. Halbjährlich ist außerdem die Körperlänge zu messen und ebenfalls einzutragen; bei den Besichtigungen ist dann die Richtigkeit der Wägungen und Messungen durch Stichproben zu kontrollieren.

H. Med.-Rat Dr. **Keferstein**, Gerichtsarzt in Magdeburg: Ich möchte über das Verfahren vor den Jugendgerichtshöfen einiges ausführen, wie es in Magdeburg gehandhabt wird. In Magdeburg haben wir ein besonderes Jugendfürsorgeamt, das von der Stadt eingerichtet ist und von einem Vorsteher geleitet wird, der von der Stadt sein Gehalt bezieht. An dieses Jugendfürsorgeamt geben nun die Akten, sobald es sich um jugendliche Angeschuldigte handelt. Bei diesem Amt ist auch ein Arzt angestellt, nicht der Gerichtsarzt, sondern der Schularzt der Hilfsschule, in der ja die geistig minderwertigen Kinder untergebracht sind. Der Schularzt der Hilfsschule hat psychiatrische Kenntnisse und Erfahrungen, was gerade für seine Tätigkeit beim Jugendfürsorgeamt notwendig ist. Er stellt über die jugendlichen Rechtsbrecher vorläufige Gutachten aus; liegt nach seiner Ansicht der Fall nicht völlig klar, so beantragt er, daß eine weitere Untersuchung durch den Gerichtsarzt stattfindet, der hierauf vom Amtsrichter oder vom Landrichter damit beauftragt wird. Der Gerichtsarzt wird dann auch zu der Hauptverhandlung als Sachverständiger geladen. Auf diese Weise ist in Magdeburg das alles ganz harmonisch geordnet, und ich kann nur sagen, es hat sich sehr gut bewährt. Sämtliche Jugendliche gerichtsärztlich zu untersuchen, würde eine unendliche Menge Kosten machen; dafür würde wohl auch kaum der Richter zu haben sein. Wird dagegen nur eine Auswahl, wie in Magdeburg, getroffen, indem erst der Schularzt der Hilfsschule die vorläufigen Untersuchungen vornimmt und der Gerichtsarzt nur die von diesem als schwerwiegend bezeichneten Fälle zur Untersuchung bekommt, so läßt sich dies recht gut durchführen.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. **Borntraeger**-Düsseldorf: Die Ausführungen des Herrn Vortragenden waren von großem Interesse und von Wohlwollen für die Gerichtsärzte getragen; ich weiß aber doch nicht, ob er in dieser Hinsicht nicht etwas zu weit geht, insbesondere in bezug auf den von ihm in seinen Leitsätzen Nr. 2 und 3 vertretenen Standpunkt. Er meint hier, daß darüber, ob ein Jugendlicher die nötige Reife, auch in moralischer Beziehung habe, der Gerichtsarzt zu entscheiden habe. Das geht m. E. nach zu weit; man würde dem Gerichtsarzt eine zu große Verantwortung auferlegen, wenn er darüber zu entscheiden hätte; denn diese Frage liegt außerhalb des ärztlichen Rahmens. Ich bin wohl der Meinung, daß man den Gerichtsarzt hören soll; aber ich meine, die Frage, ob die moralische Reife da ist, haben andere Leute zu entscheiden. Der Gerichtsarzt wird sich nur darauf zu beschränken haben, festzustellen, ob dieser Mangel an Reife auf einer krankhaften Anlage beruht; das würde meiner Auffassung nach genügen. Ich weiß nicht, ob ich viele von Ihnen auf meiner Seite habe. Es drängt ja heute sehr viel dahin, die Psychiater möglichst in den Vordergrund zu rücken und die Richter bei Erwachsenen in den Hintergrund zu stellen. Es kommt vor, und

es ist vorgekommen, daß mancher als psychisch krank erkannt ist, der früher verurteilt worden wäre. Aber ich glaube, vestigia terrent! Wenn wir uns und den Psychiatern einen zu großen Einfluß einräumen, werden wir uns auf Abwege begeben.

Dann noch eine kleine Bemerkung! Der verehrte Herr Vortragende hat die Erziehung eines Hundes oder Pferdes mit Erziehung eines Jugendlichen verglichen. Ich würde vorgezogen haben, die Erziehung eines Menschen von der Abrichtung eines Tieres zu sondern.

H. Med.-Rat Dr. Arbeit, Kreisarzt in Preuß.-Stargard.: M. H.! Ich glaube, wir sind dem Vorstande alle sehr dankbar, daß er dieses sehr aktuelle Thema auf unsere Tagesordnung gesetzt hat. Als ich davon las, habe ich versucht, mich darüber zu orientieren; denn ich glaube, nicht zu viel zu sagen, wenn ich meine, daß wir, trotzdem wir psychiatrisch durchgebildet sind, von diesen Fragen, die auf dem Grenzgebiete zwischen Erziehung und Medizin liegen, noch herzlich wenig wissen. Wir werden dabei, wie schon von Herrn Geheimrat Borntraeger gesagt worden ist, mit unserem psychiatrischen Wissen allein nicht vorwärts kommen; wir müssen uns vielmehr hüten, zu weit zu gehen in den Kompetenzen, die wir uns selbst glauben zumessen zu dürfen. Vor allen Dingen werden wir uns mit diesen Grenzgebieten viel intensiver beschäftigen müssen, als es bisher der Fall gewesen ist, wenn wir vom Jugendrichter zugezogen werden. Denn es gehört nicht bloß eine Summe psychiatrischer Kenntnisse dazu, um die Unverbesserlichen, die Unsozialen gerade unter den Kindern hinsichtlich ihres Gesamtverhaltens, ihrer Konstitution, ihrer pathologischen Veranlagung richtig einzuschätzen. Mir schwebt ein sehr interessanter Vortrag vor, den ich Gelegenheit hatte, im vorigen Jahre hier im „Seminar für soziale Medizin" zu hören von dem als Jugendarzt tätigen Kollegen Fürstenheim, der in Karlshorst, glaube ich, eine Anstalt für solche unsozialen Kinder hat. Ich kann den Herren Kollegen die Lektüre dieses Vortrages nur dringend empfehlen, wie überhaupt jene im Druck erschienenen Vorträge, die im Seminar für soziale Medizin gehalten worden sind.[1]) Je mehr wir uns mit diesen Fragen beschäftigen, um so mehr werden wir die Unzulänglichkeit unserer allgemeinen psychiatrischen Ausbildung für diese Spezial-Fälle erkennen; denn ich möchte, wenn ich vom Jugendrichter als Sachverständiger herangezogen werde, doch zweifelhaft sein, ob ich in jedem Falle, wenn mir solch ein Kind vorgestellt wird, auf Grund meiner allgemein psychiatrischen Kenntnisse in der Lage wäre, mich mit der erforderlichen Sicherheit über den psychischen Zustand des Kindes zu resolvieren. Ich kann mich auch nicht auf den Standpunkt stellen, daß ohne weiteres die Gerichtsärzte als Jugendgerichtsärzte anzustellen sind, wie es hier in These 10 heißt: „Als Jugendgerichtsärzte sind nicht Kinder- oder Nervenärzte, sondern besonders erfahrene Gerichtsärzte anzustellen." Ja, besonders erfahrene Gerichtsärzte! Das ganze Institut der Gerichtsärzte ist aber noch nicht sehr alt. Ob wir daher schon eine hinreichende Anzahl besonders erfahrener Gerichtsärzte haben, entzieht sich meiner speziellen Kenntnis. Jedenfalls müssen wir dahin streben, auf diesem Spezialgebiete Erfahrungen zu sammeln und unsere Kenntnisse darin fortdauernd zu ergänzen. Wir würden es daher unserer Verwaltung danken, wenn sie bei den Fortbildungskursen gerade auch auf dieses Gebiet einen gewissen Schwerpunkt legte und uns Gelegenheit gäbe, es ausgiebiger zu traktieren, als es bisher bei den psychiatrischen Kursen, an denen wir teilzunehmen Gelegenheit hatten, der Fall war, weil diese Fragen ja ursprünglich noch nicht so aktuell waren, wie sie inzwischen geworden sind.

Nun zu der Fürsorgefrage! Man hört da so sehr oft — Sie werden das auch in der Unterhaltung mit Laien gehört haben —: die einen loben die Erfolge, die anderen leugnen sie. Die Verwaltungsbeamten sind im allgemeinen von den Erfolgen des Fürsorgegesetzes befriedigt; immerhin sind auch bei ihnen die Ansichten darüber noch sehr geteilt. Ich habe letzthin

[1]) Die Mitarbeit des Arztes an der Säuglings- und Jugendfürsorge. 15 Vorträge am Seminar für soziale Medizin. Ortsgruppe Berlin des Verbandes der Aerzte. Leipzig 1910. Verlag der Buchhandlung des Verbandes der Aerzte Deutschlands. Veröffentlichungen Nr. 23.

eine Statistik gelesen, die sich mit dem deckt, was der Herr Vortragende uns hier gesagt hat, nämlich, daß die Erfolge außerordentlich gute sein sollen. Richter sind jedoch darüber anderer Meinung als Verwaltungsbeamte. Ich habe Gelegenheit gehabt — ich glaube, es war im vorigen Jahre — im Herrenhause, als ich zufällig einmal einer Verhandlung beiwohnte, den Landesdirektor der Provinz Posen über diese Frage sprechen zu hören, und der sagte etwa, wir werden mit dem Fürsorgegesetz nicht weiter kommen, wenn wir die Kinder nicht gleich am Anfang, schon im vorschulpflichtigen Alter aus den Häusern, wo sie Gefahr laufen, zu verwahrlosen, in geordnete Verhältnisse hineinbringen. Er verurteilte mit Bausch und Bogen die Sache vom 12. Lebensjahr ab. Ich weiß nicht, ob das 12. Lebensjahr nach dem Gesetz vorgeschrieben ist. Diese ganze Fürsorgefrage wird von uns auch mit einer größeren Aufmerksamkeit im allgemeinen verfolgt werden müssen, als es vielleicht hier und da bei uns und bei den Aerzten, die auch mitwirken müssen, der Fall gewesen ist, wie denn die ganze soziale Frage immer brennender und immer dringender gerade an uns herantritt. Wir Kreisärzte sollen ihr unsere volle Kraft zuwenden, sollen uns mit der Säuglingsfürsorge, mit der Tuberkulosebekämpfung, mit Trinker- und Krüppelfürsorge eingehend beschäftigen, da wächst das Maß unserer Aufgaben mit jedem Tage. Was wir in unserer Dienstanweisung haben, betrachte ich im großen und ganzen mehr als ein Formale. In der Innehaltung der formalen Vorschriften allein, m. H., werden wir aber nicht unsere Aufgabe zu suchen haben, wir müssen ins praktische Leben hinein! (Bravo!)

Vorsitzender: Ich wollte nur bemerken, daß m. E. unter den Ausdruck „Gerichtsärzte" auch die Kreisärzte fallen, denn nach dem Kreisarztgesetz heißt es: der Kreisarzt ist Gerichtsarzt (Med.-Rat Dr. Arbeit: „besonders erfahrene" steht hier!). Zu den besonders erfahrenen Gerichtsärzten sind auch die „besonders erfahrenen" Kreisärzte zu rechnen. Gesetzmäßig ist der Kreisarzt Gerichtsarzt; der besondere „Gerichtsarzt" bildet nur eine Ausnahme. (Med.-Rat Dr. Arbeit: Damit bin ich einverstanden). Daß die Kreisärzte sich eingehend mit der Fürsorgefrage beschäftigen müssen, ist durchaus richtig, solange sie auch Gerichtsärzte sind; daß sie aber überall durch besondere Gerichtsärzte ersetzt werden, wird von uns wohl keiner erleben.

Es hat sich niemand mehr zum Wort gemeldet. — Ich schließe die Diskussion und erteile dem Herrn Referenten das Schlußwort.

H. Dr. **Bürger**-Berlin (Schlußwort): Zunächst einige Bemerkungen zu dem, was Herr Geh. Rat Dr. Borntraeger gesagt hat. Ich bin auch ganz der Meinung wie er, daß bei gesunden Kindern ebenso gut wie der Arzt oder viel besser der Lehrer, der Geistliche ein Urteil über die sittliche Reife abgeben kann, aber auch nur bei gesunden Kindern. Ob aber ein hysterisches, ein neurasthenisches oder ein schwachsinniges Kind die nötige sittliche Reife hat, kann er nicht beurteilen. Da nun unter den kriminellen Jugendlichen so sehr viele Kranke sind, halte ich es für notwenig, daß in jedem Falle der Arzt gehört wird. So wie der Arzt gesagt hat, das Kind ist normal, dann mag über die weitere Frage, ob die sittliche Reife vorhanden ist, der Geistliche, der Lehrer mit entscheiden.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. **Borntraeger**-Düsseldorf: Hier liegt ein Irrtum vom Herrn Referenten vor: Die sittliche Reife hat der Arzt gar nicht zu beurteilen; das ist sogar gegen die Strafprozeßordnung.

H. Dr. **Bürger**-Berlin: Das ist ein Mißverständnis. Ich hebe nochmals hervor, die endgültige Entscheidung liegt nach wie vor in den Händen des Richters und die Mitwirkung von Lehrern und Geistlichen bei erzieherischen Maßnahmen ist unbedingt nötig. Ich verlange nur, daß bei Fragen über die moralische Reife der Arzt ebenso wie bei Gutachten über die Verstandesreife gehört wird, und zwar deshalb, weil sonst sehr leicht als Mangel an Erziehung und als Verkommenheit angesehen werden kann, was in Wirklichkeit Schwachsinn, Hysterie, Beginnen des Jugendirrsein etc. ist; es erfolgt sonst Bestrafung oder Zwangserziehung, wo ärztliche Behandlung am Platze wäre.

Vorsitzender: Die Bemerkungen der beiden Vorredner sind

nicht mehr persönlicher, sondern sächlicher Natur; um sie nicht einzuschränken, eröffne ich nochmals die Diskussion.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. **Borntraeger**-Düsseldorf: Ich kann nur wiederholen, die Frage der sittlichen Reife zu beurteilen, ist nach der Strafprozeßordnung Sache des Richters.

H. Geh. Med.-Rat Dr. **Strassmann**-Berlin: Auf die nachträgliche Bemerkung von Herrn Kollegen Borntraeger möchte ich doch ein Wort erwidern. Selbstverständlich wissen wir alle, daß die Frage der Zurechnungsfähigkeit schließlich nur vom Richter entschieden wird und daß nach unserer bisherigen Strafprozeßordnung der Arzt kein entscheidendes Gutachten über diese Frage abgibt. Ich habe diese Thesen auch nur so aufgefaßt, daß sie gewissermaßen instruktionell sein sollen, daß also dem Richter nahe gelegt wird, sich in dieser Beziehung möglichst nach dem Gutachten der Sachverstänigen zu richten. Im übrigen darf ich wohl darauf hinweisen, daß wir jetzt vor einer Reform der Strafgesetzgebung stehen und daß diese Thesen sich wohl nicht bloß darauf beziehen, was bei dem gegenwärtigen Gesetz möglich ist, sondern auch darauf, was für die Zukunft zu erstreben ist; und da geht doch das allgemeine Streben dahin, daß wir uns nicht auf den Begriff der Einsicht festlegen, der bisher allein hier maßgebend gewesen ist: daß die Ueberschätzung der intellektuellen Reife in der neuen Strafgesetzgebung fortfallen wird, und daß man dort allerdings auch den Grad der sittlichen Entwickelung in anderem Maße als bisher prüfen soll.

H. Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. **Borntraeger**-Düsseldorf: Ich meine, es handelt sich nicht um eine formelle, sondern um eine prinzipielle Meinungsverschiedenheit. Weil es einmal zur Sprache gekommen ist, möchte ich nochmals betonen: Der Arzt, auch der Gerichtsarzt, ist nach meinem Dafürhalten nicht die Persönlichkeit, zu entscheiden, ob ein Kind die sittliche Reife hat — das mögen die Lehrer, die Geistlichen, die Laien entscheiden — erst wenn diese sagen: das Kind hat nicht die nötige sittliche Reife, dann ist der Arzt zu hören, ob dieser Mangel an Reife auf Krankheit beruht. Das ist die Stellung des Arztes (Vorsitzender: Sehr richtig!). Aber ich würde dringend davor warnen, daß der Arzt sich soweit vorwagt, zu entscheiden, ob überhaupt die sittliche Reife vorhanden ist. Das ist nicht seines Amtes.

Vorsitzender: Wünscht sonst noch jemand das Wort. — Es ist nicht der Fall; ich schließe nunmehr zum zweiten Male die Diskussion und gebe dem Herrn Berichterstatter nochmals das Schlußwort oder verzichten Sie? (Herr Dr. Bürger: Ja!). Dann gestatte ich mir, im Namen des Vereins dem Herrn Berichterstatter unseren verbindlichsten Dank für seine vorzüglichen Ausführungen auszusprechen.

Wie ich schon vorher bemerkte, sind die Leitsätze nicht zur Abstimmung bestimmt; es genügt, wenn wir sie einfach zur Kenntnis nehmen. Wenn auch gegen die Ausführungen des Herrn Referenten von verschiedener Seite Einwände erhoben sind, so wird der reiche Inhalt seines Vortrages sicherlich dazu beitragen, nicht nur das dringend wünschenswerte Interesse der Medizinalbeamten auf dem Gebiete der Fürsorge wachzurufen, sondern auch für ihre Tätigkeit auf diesem wichtigen Gebiete wertvolle Richtschnuren zu geben.

VI. Vorstandswahl; Bericht der Kassenrevisoren.

H. Med.-Rat Dr. **Arbeit**, Kreisarzt in Preuß.-Stargard: Ich möchte vorschlagen, den Vorstand per Akklamation wiederzuwählen.

(Beifall.)

Vorsitzender: Der Vorschlag des Herrn Kollegen Dr. Arbeit ist für den bisherigen Vorstand sehr schmeichelhaft, es kann ihm aber satzungsgemäß nur Folge gegeben werden, wenn kein Widerspruch erhoben wird; ich stelle ihn daher zur Diskussion und frage, ob jemand dagegen Widerspruch erhebt?

Da dies nicht der Fall ist, stelle ich fest, daß der bisherige Vorstand, zu dem auch der inzwischen kooptierte Kollege Dr. Weißenborn gehört, wiedergewählt ist. Für die Wiederwahl spreche ich Ihnen im Namen des Vorstandes unseren verbindlichsten Dank aus; sie ist für uns ein Zeichen der Anerkennung dafür, daß Sie mit unserer Tätigkeit zufrieden sind. Im Namen aller Vorstandsmitglieder kann ich Ihnen auch mitteilen, daß wir die Wahl dankend annehmen.

Wir kommen nun zum Bericht der Kassenrevisoren.

H. Med.-Rat Dr. Herrmann, Kreisarzt in Bitterfeld: M. H.! Wie in früheren Jahren kann ich auch diesmal in Uebereinstimmung mit dem Herrn Kollegen Dr. Schlüter wieder sagen, daß die Kasse richtig befunden ist. Die einzelnen Posten sind von uns durchgegangen; es fand sich alles in schönster Ordnung. Wir beantragen deshalb; dem Herrn Schrift- und Kassenführer Entlastung zu erteilen.

(Bravo!)

Vorsitzender: Wünscht jemand das Wort zu diesem Antrag? — Es meldet sich niemand; der Antrag ist einstimmig angenommen. — Im Namen des Vereins darf ich wohl unserem Schrift- und Kassenführer den herzlichsten Dank für seine exakte Führung der Kassengeschäfte, die verhältnismäßig viel Arbeit macht, aussprechen. Besonders erfreulich ist es, daß wir diesmal beim Jahresabschluß keine Reste von Jahresbeiträgen gehabt haben, hoffentlich bleibt dies auch in künftigen Jahren so; es wird dadurch die Abrechnung wesentlich erleichtert.

VII. Demonstration statistischer Tafeln betreffend die Zunahme der Heilanstalten und den Rückgang der Mortalität in Preussen.

H. Reg.- u. Geh. Med.-Rat Dr. Behla, Mitglied des Königl. Preuß. Statistischen Landesamts und Leiter der Medizinal-Abteilung: M. H.! Die Internationale Hygieneausstellung in Dresden war seinerzeit auch an das Königl. Preuß. Statistische Landesamt herangetreten, sich an der Ausstellung zu beteiligen. Das Gesuch wurde vom Herrn Minister genehmigt und dazu ein bestimmter Fonds in Bereitschaft gestellt. Die Medizinalabteilung im Statistischen Landesamt glaubte nun am besten so zu handeln, wenn sie das reichhaltige Material, das sich auf dem Gebiete der Heilanstalten-Statistik und der Mortalitäts-

Statistik seit 1876 in Preußen angesammelt hat, verwertete und zur graphischen Darstellung brachte.

Was zunächst die Heilanstalten-Statistik anlangt, so hat diese nach einem Bundesratsbeschluß im Jahre 1877 begonnen. Danach sollten alle öffentlichen und privaten Anstalten mit mindestens 11 Betten gezählt werden. Es gab damals nur 1145 solche Anstalten; ihre Zahl ist im Laufe der Jahre sehr gewachsen. Sie sehen hier auf dieser Tafel graphisch dargestellt in 15 liegenden Säulen, wie sich die Heilanstalten mit den Jahren von 1145 auf etwa 3000 im Jahre 1908 vermehrt haben. Noch größer ist die Vermehrung der Betten, die in roten Säulen dargestellt sind und deren Zahl jetzt bereits $^1/_4$ Million beträgt. Die grünen Säulen bedeuten die Verpflegten; ihre Zahl ist auf $1^1/_3$ Million angewachsen. Die Preußischen Heilanstalten sind seinerzeit in einem „Krankenhauslexikon" von meinem Vorgänger Prof. Dr. Guttstadt zusammengestellt worden, das die näheren Angaben darüber enthält; später hat Guttstadt noch ein „Deutsches Krankenhauslexikon" und im Jahre 1905 das Preußische Kultusministerium ein Preußisches Krankenhauslexikon herausgegeben. Auf Anregung des Herrn Geheimrat Dr. Dietrich ist im Jahre 1908 eine neue Aufnahme erfolgt, um die Besitzverhältnisse, die Betten- und Kranken-Anzahl sowie die Aufenthaltsdauer der Kranken festzustellen. Dabei hat sich herausgestellt, daß damals 2872 Heilanstalten mit etwa $^1/_4$ Millionen Betten vorhanden und in diesen im Jahre 1908 $1^1/_3$ Million Kranke verpflegt waren. Die damaligen Ermittelungen sind auf dieser Karte veranschaulicht. Hier ist eine Uebersicht über die Heilanstalten überhaupt gegeben, und zwar sind sie eingeteilt in Staatsanstalten, Kommunalanstalten, Anstalten von Religionsgemeinden, Anstalten religiöser Genossenschaften (evangelischer und katholischer), Anstalten der Vereine vom Roten Kreuz, Anstalten anderer Vereine, Anstalten milder Stiftungen, Knappschafts-Krankenanstalten, Fabrikarbeiter- usw. Anstalten sowie Anstalten von Privatunternehmern. Es ist nun sehr interessant, an dieser Tafel zu sehen, das die Kommunalanstalten die Staatsanstalten an Zahl ganz bedeutend überragen. Privatanstalten sind im ganzen 736 vorhanden, so daß ungefähr schon die 4. Anstalt eine Privatanstalt ist. 211 Anstalten haben eine Dispensieranstalt. Die Aufenthaltsdauer eines Kranken beträgt in allen diesen Anstalten ungefähr 50 Tage, auf ein Bett entfallen jährlich durchschnittlich 6 Verpflegte. Ihrem Zwecke nach sind von der Gesamtzahl 2280 allgemeine Heilanstalten, d. h. solche Anstalten, wo alle Patienten aufgenommen werden; auch unter diesen überwiegen die Kommunalanstalten: 756 zu 38 Staatsanstalten. Auf einer weiteren Tafel sind die Sonderanstalten übersichtlich dargestellt. Sie zählen im ganzen 592; darunter 33 Staatsanstalten und 138 Kommunalanstalten. In diesen Sonderanstalten sind einbegriffen die Entbindungsanstalten, die Anstalten für Geisteskranke, die Augenheilanstalten, die Lungenheilstätten usw. Wir haben jetzt in Preußen 100 Lungenvolksheilstätten, außerdem 34 Privatheilstätten, 22 Heilstätten für tuber-

kulöse Kinder, 99 Walderholungsstätten, 86 Erholungsstätten für skrofulöse Kinder, 15 Waldschulen, 505 Fürsorgestellen, 96 Invaliden- und Pflegeheime.

Was den Erfolg der Behandlung betrifft, so ergibt sich, daß von den Verpflegten allgemein $^1/_8$, in Berlin ca. $^1/_8$ sterben; das ist eine verhältnismäßig hohe Ziffer, die sich aus der Menge der hier vorhandenen Krankenhäuser und der darin behandelten vielen Schwerkranken von außerhalb erklärt.

Das Verhältnis der Bettenzahl zu der lebenden Bevölkerung stellt sich im allgemeinen wie 1:150; es ist somit die ideale Forderung, wonach auf etwa 200 lebende Personen ein Krankenbett kommen soll, erfüllt. Wir sind demnach in bezug auf Krankenanstalten in Preußen sehr gut ausgerüstet. Trotzdem muß man im übrigen der Forderung des Herrn Geheimrat Kirchner Gehör schenken, daß in nächster Zeit besser mehr kleinere als große Anstalten gebaut werden; insbesondere empfehlen sich Kreiskrankenhäuser mit gut eingerichteten Isolierabteilungen für übertragbare Krankheiten. Bei ganz großen Anstalten mit 1000 und mehr Betten haben sich gewisse Mißstände im Betriebe herausgestellt; man sollte deshalb im allgemeinen nicht über 800 Betten hinausgehen.

Die Heilanstaltenstatistik zeigt also eine große Zunahme der Heilanstalten. Diese überaus günstige Entwicklung der Krankenanstalten hat auch die Aufmerksamkeit des Herrn Kabinettsrat v. Behr-Pinnow erregt und ihn veranlaßt, Ihrer Majestät der Kaiserin, die sich ebenfalls in hohem Maße dafür interessiert, von diesen Tafeln Mitteilung zu machen.

Nicht minder erfreulich ist weiterhin der große Rückgang, den die Mortalität in Preußen seit 1876 sowohl im allgemeinen, als in bezug auf einzelne Krankheiten erfahren hat. Sie sehen auf dieser Tafel die Zahlen, die eine Uebersicht geben in bezug auf die Krankheiten: Diphtherie, Kindbettfieber, Typhus und Ruhr. Die Verhältnisse, wie sie sich seit 1876 gestaltet haben haben, sind hier in Kurvenform dargestellt. Danach ist die Diphtheriesterblichkeit von 1876, wo von 10000 Lebenden 16,33 starben, heruntergegangen bis auf 2,52. Es ist sehr charakteristisch, an dieser schwarzen Kurve zu sehen, wie vom Jahre 1893 ab ein großer Sturz eintritt, was ohne Zweifel auf die Einführung des Diphtherieserums zurückzuführen ist. Die grüne Kurve bedeutet die Sterblichkeit infolge von Kindbettfieber; diese ist erheblich zurückgegangen; denn im Jahre 1909 betrug die Zahl der Todesfälle nur 3913 gegen 6500 im Jahre 1876. Ich bemerke jedoch hier, daß früher die überhaupt im Kindbett Gestorbenen mitgezählt wurden, während seit 1903 die Kindbettfieber-Todesfälle besonders gezählt werden. Immerhin hat sich die Sterblichkeit an Puerperalfieber allmählich erheblich verringert. Man hat verschiedene Methoden, das Verhältnis dieser Sterblichkeit zu berechnen; früher wurde es auf 10000 Entbundene, dann auf 10000 lebende Frauen berechnet; eine feinere Methode ist die auf 10000 lebende Frauen im Alter von 15—50

Jahren, die diese kleine Kurve hier veranschaulicht. Danach ist, wenn lediglich die Todesfälle an Kindbettfieber berücksichtigt werden, die Mortalität in den Jahren 1903—1909 von 2,25 auf 1,75 gesunken.

Die rote Kurve bezeichnet den Typhus. 1876 hatten wir mit 17000 Typhustodesfällen im Jahre zu rechnen, jetzt nur noch mit 2000; es hat somit eine Abnahme dieser Sterblichkeit, auf 10000 Lebende berechnet, von 6,61 auf 0,49 stattgefunden.

Schließlich die Ruhr. Während im Jahre 1876 noch ca. 4000 Personen an Ruhr gestorben sind, zeigt diese blaue Kurve eine eine allmähliche Abnahme bis auf 120 im Jahre 1909, oder, auf 10000 Lebende berechnet, von 1,43 auf 0,03!

Ich komme jetzt auf die hauptsächlichsten 4 Volksschädiger: Tuberkulose, Krebs, Alkoholismus und venerische Krankheiten. Im Jahre 1876 starben noch ca. 80000 Personen an Tuberkulose, im Jahre 1909 dagegen nur 60215. In Verhältniszahlen ausgedrückt und auf 10000 Lebende berechnet, bedeutet dies ein Herabgehen von 30,15 auf 15,59 im Jahre 1909. Bei den soeben für 1910 festgestellten Zahlen hat sich ein weiteres Sinken der Tuberkulosesterblichkeit auf 15,21 ergeben.

Bei Krebs allerdings sieht die Kurve ganz anders aus; hier handelt es sich um eine von den wenigen Krankheiten, bei denen eine Zunahme bemerkbar ist. Allerdings ist heute noch nicht mit vollständiger Sicherheit festgestellt, ob es bloß eine Zunahme der amtlichen Zahlen infolge besserer ärztlicher Diagnose ist, oder ob der Krebs wirklich zunimmt. Jedenfalls sind die Jahreszahlen ungemein angewachsen und von 7000 Todesfällen im Jahre 1876 auf 29000 im Jahre 1909 gestiegen oder, auf 10000 Lebende berechnet, von 2,43 auf 7,54. Bis 1903 wurden auch maligne Neubildungen unter „Krebs" mitgerechnet; erst seit 1903 wird Krebs allein ausgezogen; seitdem hat sich eine Zunahme von 5,98 auf 6,77 im Jahre 1909 ergeben.

Auf dieser Tafel ist graphisch dargestellt, wie die Tuberkulose seit 1876 allmählich immer mehr abgenommen hat, im Gegensatz dazu zeigt die Kurve für Krebs ein stetiges Steigen. Diese Tafeln veranschaulichen weiter, wie in einzelnen Regierungsbezirken Tuberkulose und Krebs sich verhalten. Sie sehen hier, daß sehr große geograpische Unterschiede zwischen Tuberkulose und Krebs obwalten. Der tuberkuloseärmste Bezirk ist Allenstein und der tuberkulosereichste Breslau. Die Ziffern, auf 10000 berechnet, schwanken zwischen 10 : 21. Bei Krebs ist Münster der krebsärmste und Stralsund der krebsreichste; die betreffenden Verhältnisziffern stellen sich hier wie 4 : 13. Interessant ist, daß diese Verhältnisziffern der Tuberkulose zum Krebs merkwürdigerweise seit vielen Jahren in den einzelnen Regierungsbezirken unverändert bleiben. Es gibt Regierungsbezirke, wie Münster, wo man eine Krebsmortalität von nur 4, dagegen eine Tuberkulosemortalität von 21 hat; Ziffern, die darauf hin-

deuten, daß das Wesen dieser beiden Krankheiten vollständig verschieden sein muß.

Ich habe noch Tafeln über Tuberkulose und Krebs anfertigen lassen, die Alter, Geschlecht und Beruf darstellen; sie sind jedoch hier nicht aufgestellt, da sie bereits nach Dresden abgeschickt sind. Bei diesen Berechnungen zeigt sich unter anderem bei der Tuberkulose, daß dies eine Krankheit ist, bei der bereits in jüngeren Jahren die Kurve ansteigt, während diese beim Krebs in den ersten drei Dezennien ganz unten verläuft. In bezug auf das Geschlecht weisen die höheren Altersklassen des weiblichen Geschlechts stets eine größere Krebssterblichkeit auf, als die des männlichen.

Wir kommen weiter zu einer Tafel, die die Verhältnisse in bezug auf Trunksucht darstellt. Die Zahl der Trunksüchtigen im Lande kennen wir nicht; man hat in Oesterreich einmal einen Versuch gemacht, sie zu zählen, bei der Unsicherheit des Begriffs der Trunksucht ist man aber nicht weit damit gekommen. Einen gewissen Anhalt gewähren jedoch die Zahlen über die in Heilanstalten befindlichen Trunksüchtigen. Im Jahre 1883 wurde bestimmt, daß bei den Trunksüchtigen, die in Heilanstalten und Heilstätten sterben, ein P. (Potator) auf der Zählkarte vermerkt werden soll. Danach sind im Jahre 1877 ungefähr 3000 und im Jahre 1907 ungefähr 15000 bei 26 resp. 38 Millionen Einwohner behandelt worden. Von 1000 Trunksüchtigen sind damals ungefähr 100 und jetzt nur die Hälfte gestorben. Ferner waren von 1000 überhaupt in Krankenanstalten Verpflegten im Jahre 1877 20 trunksüchtig und jetzt 22. Das Verhältnis ist also ungefähr dasselbe geblieben. Es ist hier noch eine Tafel, die ebenfalls einen gewissen Anhalt über die Verbreitung der Trunksucht gibt und die Zahl der in den einzelnen Jahren an Säuferwahnsinn in den Krankenanstalten Gestorbenen und zwar nach Geschlecht und Altersklassen sowie in fünfjährigen Zwischenräumen darstellt. Danach sind vom Jahre 1887 an die Todesfälle an Säuferwahnsinn weniger geworden. Ich glaube, man wird nicht fehl gehen, wenn man dies in Zusammenhang bringt mit der Einführung des Branntweinsteuergesetzes von 1887. In den späteren Jahren, wo die Wohlhabenheit eine größere geworden ist, sind diese Zahlen allerdings wieder gewachsen, es zeigt sich aber nach unseren Berechnungen in den letzten Jahren, daß nunmehr eine kleine Abnahme stattgefunden hat. Interessant ist in dem Verhältnis zwischen Weibern und Männern, daß nach dieser Tafel die Männer am meisten zwischen 40 und 50 Jahren, die Frauen zwischen 50 und 60 Jahren trinken. (Heiterkeit.)

Hier ist noch eine Tafel, die veranschaulicht, wie oft Säuferwahnsinn die Todesursache im Preußischen Staate war während der Zeit 1877 und 1909 auf 100000 Lebende berechnet. Im allgemeinen kann man sagen, daß auf 100000 Lebende früher 4,45 Todesfälle an Säuferwahnsinn kamen; im Laufe der Jahre ist ein Rückgang auf 2,81 zu verzeichnen.

Zum Schluß noch eine Tafel über die venerischen

Krankheiten. Das ist eine von den Krankheiten, wo auch eine kleine, aber merkliche Zunahme zu verzeichnen ist. Im Jahre 1877 hatten wir 224 an Syphilis Verstorbene, 1909 dagegen 830. Es ist also, auf 100000 Lebende berechnet, eine Steigerung eingetreten, von 0,09 auf 0.2. Ich bin eben damit beschäftigt, einmal diese Veröffentlichung auszuarbeiten; da zeigt sich ganz merkwürdig, daß unter den an Syphilis Gestorbenen durchschnittlich $^{2}/_{3}$ Kinder sind, und zwar Säuglinge. Vielleicht ist durch Behandlung der Mütter oder Ammen mit Salvarsan eine Herabsetzung dieser Sterblichkeit zu erzielen.

Dieses über die Sterblichkeit infolge der einzelnen Krankheiten! Hier ist nun eine interessante Uebersicht über die allgemeine Sterblichkeit seit 1816, seitdem zuverlässige Zahlen im statistischen Landesamt vorliegen. Damals hatte Preußen etwa 10 Millionen Einwohner; davon starben 287000, also von 1000 Lebenden einschl. der Totgeburten: 28,2. In den folgenden Jahren ist die Sterblichkeit dann immer weiter zurückgegangen, und jetzt bis auf 18,1 gesunken, wie sich aus dieser Uebersicht ergibt, die die Sterblichkeit in sämtlichen Jahren von 1816 auf 1000 Lebende berechnet veranschaulicht. Auf dieser anderen Tafel habe ich diese Verhältnisse in Kurvenform graphisch illustriert. Interessant ist bei dieser Kurve, die also ein Jahrhundert ärztlichen Ringens bedeutet, wie die Seuchengipfel sich sehr gut markieren; die Gipfel, die Sie hier sehen, sind verursacht durch Choleraepidemien, und zwar durch die Choleraepidemien 1831, dann 1837, 1848/49, 1852, 1855 und besonders im Jahre 1866, wo ca. 120000 Menschen an Cholera gestorben sind. Die anderen Seuchengipfel dokumentieren sich als Pocken, und zwar in den Jahren 1871 und 1872, wo bekanntlich die Pocken herrschten. Sodann markiert sich auch noch Influenza in den Jahren 1890, 1892, 1893 und 1900. Weiterhin ist etwas sehr Charakteristisches aus dieser Tafel zu ersehen: Während 9 Jahrzehnte notwendig waren, um die Sterblichkeit auf 1000 Lebende berechnet von 28 auf 23 zu bringen, ist in dem letzten Jahrzehnt, seitdem das Kreisarztgesetz eingeführt worden ist (aha! und bravo!), eine ebensolche Abnahme um 5 in einem Jahrzehnt erfolgt, und zwar — Sie sehen es hier — sehr gleichmäßig. Die hohen Seuchengipfel fehlen (Zuruf: Im Abgeordnetenhause aufhängen!).

Ist diese eine sehr erfreuliche Kurve für Preußen, so kann man diese Kurve hier als eine erfreuliche für Berlin bezeichnen. Sie sehen, wie im 18. Jahrhundert ganz bedeutende Seuchengipfel vorhanden sind, z. B. in den Jahren 1740: 56,94, 1758: 56.09, 1763: 50,31, 1772: 64,50, 1808: 54,54. Auch im 19. Jahrhundert finden sich einige Seuchengipfel, die allgemein mit der preußischen Kurve korrespondieren. Nach den Kirchenbüchern sind die Seuchengipfel im 18. Jahrhundert hauptsächlich durch Pockenepidemien verursacht; damals waren die Pocken das, was im 19. Jahrhundert die Tuberkulose ist; ungefähr der zehnte Tote ist an Pocken gestorben. Auch aus dieser Kurve können Sie sehen, daß sie in Berlin in den letzten Jahren ebenfalls zielbewußt her-

untergegangen ist (1907: 16,57, 1908: 16,27, 1909: 15,96, 1910: 15,05).

Bei dieser Sachlage, m. H., entsteht die Frage: wenn die Sterblichkeit immer weiter heruntergeht, wird nicht einmal eine Uebervölkerung drohen? Eine solche ist jedoch nicht zu befürchten, die Frage vielmehr mit der größten Entschiedenheit zu verneinen, wenn wir uns die Ziffern über die Geburtenhäufigkeit vergegenwärtigen. Auf dieser Tafel hier erblicken Sie 4 Kurven; die eine stellt die Geburtenziffer, die zweite die Mortalitätsziffer, die dritte die Eheschließungsziffer und unten die gelbgezeichnete den Geburtenüberschuß dar. Leider muß man sagen, daß von 1816 die Geburtenkurve immer mehr gesunken ist. Damals wurden auf 1000 Lebende 45 geboren, dann ist sie allmählich heruntergegangen und nur nach dem Kriege 1870/71 vorübergehend angestiegen, so daß sie jetzt nur noch 33,0 beträgt. Nach einer anderen Berechnung, die feiner ist: auf 1000 lebende Frauen im Alter von 15—45 Jahren, stellt sich das Verhältnis ungefähr so, daß früher 175 geboren wurden und dann allmählich die Fruchtbarkeit bis auf 150 heruntergegangen ist. Aus den Uebersichten ist deutlich zu sehen, daß das platte Land noch verhältnismäßig gute Geburtsziffern liefert, während diese in den Städten immer mehr gesunken sind. In Berlin ist man z. B. nach jener Berechnung von 175 bereits auf 80 angekommen. Auch die Kurve der Eheschließungen ist bereits von 23 bis auf 16 heruntergegangen; im allgemeinen ist aber der Rückgang nicht so bedeutend wie bei den Geburten. An sich findet noch immer eine hinreichende Zahl von Eheschließungen statt, die Ehen sind aber weniger fruchtbar und daher das erhebliche Sinken der Geburtsziffer. Hier unten sieht man den Geburtenüberschuß verzeichnet, er zeigt merkwürdigerweise keinen erheblichen Rückgang, von 15 auf 14. Das ist nach meiner Ansicht dadurch zu erklären, daß jetzt die Tuberkulose und die Säuglingssterblichkeit bedeutend zurückgegangen sind (letztere von 22,7 im Jahre 1876 auf 17,7 im Jahre 1909 auf 100 Lebendgeborene) und dadurch in Preußen eine ausreichende Kompensation eintritt. Es droht aber doch, daß auch bei uns ebenso wie in Frankreich der Geburtenrückgang ein immer größerer wird. Bekanntlich ist er in Frankreich stationär geworden. Auf 1000 Lebende werden dort nur noch 20 geboren, während 20 sterben. Vorläufig ist zwar bei uns noch immer durch den Rückgang der Mortalität jedes Jahr $^1/_2$ Million Ueberschuß vorhanden, so daß wir augenblicklich noch nicht so von einem eventuellen stationären Populationszustand bedroht sind; nach internationalen Feststellungen, die besonders von Dr. Rösle angestellt worden sind, kann man aber den soziologischen Satz aufstellen: Je mehr die Wohlhabenheit bei der Bevölkerung zunimmt, und je mehr die Kultur fortschreitet, desto mehr ist auch ein Rückgang der Geburten zu verzeichnen. Die Natur scheint sich selbst zu regulieren. Scheint es doch auch nicht so sehr auf die Quantität der Menschen, als auf die Qualität anzukommen. Es erwächst demnach für uns Hygieniker die

Aufgabe, mehr auf die Qualität der Rasse zu sehen; also im eugenischen Sinne aufklärend dahin zu wirken, daß vor allen Dingen die anerkannt vererbbaren Krankheiten ausgeschaltet werden, dann, daß im volkshygienischen Sinne die Kinder, die überhaupt noch geboren werden, sorgfältig erzogen werden und ihnen die größte Fürsorge zuteil wird und daß im makrobiotischen Sinne die natürliche Abnutzung des Körpers durch eine hygienisch vernunftgemäße Lebensweise hinausgeschoben wird.

Sie sehen also, m. H., daß wir eine Zunahme der Heilanstalten, eine Abnahme der Mortalität klar vor Augen haben. Dazu ist nun noch gekommen, daß nach den Berechnungen meines Kollegen Prof. Bollod im Statistischen Landesamte an Sterbetafeln sich herausgestellt hat, daß die mittlere Lebensdauer bereits um ca. 10 Jahre heraufgerückt ist, und zwar von ca. 32 auf 42. Diese Tafeln habe ich hier nicht ausgestellt, Sie werden sie aber in Dresden sehen, woraus ganz deutlich hervorgeht, daß die mittlere Lebensdauer eine bessere geworden ist. Es sind dies übrigens Feststellungen, die auch im Reichsstatistischen Amt gemacht worden sind.

Nun fragt es sich schließlich, wem sind alle diese Erfolge zu verdanken? Nun, vor allen Dingen wohl in erster Linie der modernen Medizin, nicht zum wenigsten aber, glaube ich, auch dem zielbewussten Vorgehen der Herren Medizinalbeamten. (Bravo!) Es ist auch noch auf folgendes Gewicht zu legen: Ohne Zweifel hat die Seuchenbekämpfung die Mortalität sehr herabgedrückt. Es erwächst aber die neue sehr wichtige Aufgabe für die Herren Kreisärzte, nun auch noch auf ein anderes Gebiet, auf das der nicht parasitären Krankheiten, ihre Aufmerksamkeit zu lenken, und da ist unausbleiblich, sich auch der Massenstatistik und meiner geographisch-statistischen Methode, wie sie heute in Aufnahme gekommen ist, zu widmen. Die Statistik ist nicht bloss zum Beweisen da, wie Sie dies hier in unwiderleglicher Weise sehen, sondern sie dient auch dazu, als voranleuchtende Fackel in das Dunkel der pathologischen Zustände der menschlichen Gesellschaft einzudringen. Es wird daher in Zukunft notwendig sein, dass die Herren Kreisärzte ausser den bisherigen bakteriologischen Kursen auch noch soziale Kurse erhalten. (Sehr richtig!) Es unterliegt keinem Zweifel, m H., dass der Rückgang der Sterblichkeit auch dadurch noch ein besserer werden kann. Es sterben jetzt noch immer 700000 in Preussen bei 40 Millionen Einwohnern und ca. $^2/_3$ davon an nicht parasitären Krankheiten; nach meiner Schätzung können aber durch Besserung der sanitären Verhältnisse die Zahlen bei dieser oder jener Krankheit wesentlich herabgedrückt und die Gesamtsterblichkeit vermindert werden. Dass solche Zahlen zu erreichen sind, kann man daraus ersehen, dass jetzt schon einzelne Städte vorhanden sind, in denen die Mortalität auf 13, auf 12 gesunken ist, wie z. B. in Charlottenburg und Schöneberg. Auch Barmen hat, wie ich gesehen habe, seit 4 Jahren eine Mortalität n 12. (Zuruf: Bielefeld!) Ja, wenn wir noch weiter gehen, rnational etwas weiter schweifen, so erregt das grösste Er-

staunen für den Medizinal-Statistiker, dass in Australien eine Mortalität von nur 10 auf 1000 Lebende besteht. Dabei ist allerdings in Rechnung zu ziehen, dass die Säuglings- und Tuberkulosesterblichkeit dort bereits auf 10 heruntergegangen ist, dank der Verwirklichung günstiger sozialer Zustände, nach denen wir auch noch streben müssen.

Angesichts dieser schönen, glorreichen Erfolge auf sanitärem Gebiete, angesichts des Rückganges der Mortalität, der Zunahme der Heilanstalten — immer mehr Personen kommt die Heilanstaltsbehandlung zugute — und angesichts des Hinausschiebens der mittleren Lebensdauer — wer, m. H., möchte da nicht mit berechtigtem Stolze ausrufen, einen Ausspruch variierend: Die hygienische Disziplin blüht auf, es ist eine Lust Hygieniker zu sein und eine Freude für den Medizinalstatistiker, vor dem Forum der Herren Medizinalbeamten, der Mortalitätsherabsetzer par excellence, nach einem grösseren Zeitraum, von 1876 ab, einmal die erreichten Erfolge in überzeugender Weise graphisch zur Anschauung zu bringen.

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion zu diesen interessanten Ausführungen und will gleich selbst ein paar Bemerkungen machen.

Herr Kollege Behla hat in sehr liebenswürdiger Weise der Verdienste der Medizinalbeamten in bezug auf die Herabsetzung der Mortalität gedacht; er hat aber einen Faktor unerörtert gelassen, der meines Erachtens wohl noch mehr dabei ins Gewicht fällt und der deshalb besondere Anerkennung verdient, wenn dadurch auch die uns zugesprochenen Lorbeeren etwas beschnitten werden. Ich meine, ganz abgesehen von dem inzwischen eingetretenen größeren Wohlstand, vor allem unsere soziale Gesetzgebung!

In erster Linie kommt hier das Krankenversicherungsgesetz in Betracht, dem wir zweifellos die außerordentliche Herabsetzung der Mortalität mit zu verdanken haben; aber auch die Invalidenversicherung, die Uebernahme des Heilverfahrens seitens der Versicherungsanstalten hat in dieser Hinsicht einen segensreichen Einfluß ausgeübt. Ich möchte hier nur eine Krankheit, die Tuberkulose, herausgreifen. Zufälliger Weise habe ich mich in den letzten Wochen ausgiebig mit der Verhütung dieser Krankheit in meinem Regierungsbezirke (Minden) beschäftigt. Dabei hat sich herausgestellt, daß die Tuberkulosesterblichkeit in allen Städten, wo wir hauptsächlich industrielle, gegen Krankheit versicherte Arbeiter haben, bei der männlichen Bevölkerung außerordentlich heruntergegangen ist, dagegen in den ländlichen Kreisen, deren Bevölkerung der Krankenversicherung bisher nur in geringem Umfange unterliegt, erheblich weniger und bei der weiblichen Bevölkerung noch viel weniger gesunken ist. Es geht aus den von mir angefertigten statistischen Uebersichten hervor: Je mehr der Bevölkerung die Wohltaten der Krankenversicherung zuteil geworden sind, auch die der Invalidenversicherung, desto mehr ist die Sterblichkeit in diesen Kreisen heruntergegangen. Das dürfen wir nicht unterschätzen; der Punkt kann nicht genug hervorgehoben werden, namentlich den Arbeitern gegenüber.

Ich möchte noch auf einen anderen Punkt hinweisen. Es ist ja sehr erfreulich, daß die Diphtherie-Sterblichkeit außerordentlich abgenommen hat. Das ist aber lediglich dem Diphtherie-Serum zu verdanken; denn die Erkrankungsziffer hat bei der Diphtherie keine Abnahme erfahren. Die nächste Nummer der Zeitschrift für Medizinalbeamte wird einen interessanten Aufsatz vom Kollegen Hillenberg bringen, in dem der Nachweis geliefert wird, daß die Zahl der Erkrankungen weder bei Diphtherie, noch bei Scharlach, Masern und Keuchhusten abgenommen hat, bei den letzten drei Krankheiten auch nicht die Sterblichheit. Da die Medizinalbeamten bei der Be-

kämpfung dieser Krankheiten durch die Bestimmungen des Landesseuchengesetzes mehr oder weniger ausgeschaltet sind, so trifft sie keine wesentliche Schuld, wenn die Erfolge dieser Bekämpfung bisher ausgeblieben sind. Beim Typhus unterliegt dagegen die Tätigkeit der Medizinalbeamten bei der Bekämpfung keinen derartigen Einschränkungen; hier ist aber nicht nur die Mortalität, sondern auch die Morbidität erheblich gesunken. Diese Abnahme ist zweifellos dem tatkräftigen Eingreifen der Medizinalbeamten zu verdanken, sie gestattet den Schluß, daß die gleichen Erfolge auch bei den vorher genannten Krankheiten erzielt werden könnten, wenn deren Bekämpfung ebenfalls in wirksamer Weise und nicht nur mit halben Maßregeln durchgeführt würde.

Was im übrigen die größere Zahl von Alkoholikern unter den in Krankenhäusern verpflegten Personen anbetrifft, so darf man nicht vergessen, daß bekanntlich jetzt viel mehr Leute in Krankenhäuser kommen; in Wirklichkeit hat sich aber die Verhältnisziffer der Alhoholiker zu der Gesamtzahl der in den Anstalten verpflegten Kranken wenig verändert; dasselbe gilt betreffs der darin an Säuferwahnsinn verstorbenen Personen. Die Zunahme beim Krebs ist m. E. in der Hauptsache auf die bessere Diagnostik der Aerzte zurückzuführen. Früher spielte die Rubrik „Andere Krankheiten" bei der Todesursachen-Statistik eine große Rolle; wenn ich nicht irre, 25 %. Im Laufe der Jahre ist sie um die Hälfte gesunken, während die Verhältnisziffer der Sterbefälle infolge von Krebs-, Herz-, Nieren- usw. Krankheiten, die eine bessere ärztliche Diagnose verlangen, gestiegen ist, nicht etwa, weil diese Krankheiten jetzt häufiger sind, sondern weil sie von den Aerzten besser erkannt werden. Man darf auch nicht vergessen, daß die ärztliche Leichenschau von Jahr zu Jahr immer mehr ausgedehnt wird und demzufolge die Angaben über die Todesursachen zuverlässiger werden.

Ich frage, ob noch jemand das Wort ergreifen will? Es ist nicht der Fall. Dann spreche ich dem Herrn Kollegen Behla unsern verbindlichsten Dank für seine hochinteressanten Ausführungen und Demonstrationen aus.

M. H.! Ich schließe damit unsere Hauptversammlung und eröffne nunmehr die

Generalversammlung

der Jubiläumsstiftung.

Den Geschäfts- und Kassenbericht haben Sie ja gedruckt vor sich,[1]) so daß ich darauf Bezug nehmen kann. Die Stiftung hat sich, wie Sie aus dem Bericht gesehen haben, sehr gut entwickelt. Von den Kreisärzten ist mindestens die Hälfte als Mitglieder beigetreten; sie haben ja auch das meiste Interesse daran. Die Zahl der Mitglieder beträgt 238; die Höhe der Jahresbeiträge 2527 Mark, an außerordentlichen Beiträgen sind im vorigen Jahre 355 Mark, an Zinsen 608,87 Mark eingegangen, so daß die Gesamteinnahme einschließlich 412,92 Mark aus dem Vorjahre 3903,79 Mark betragen hat. Für Unterstützungen sind nur 1100 Mark ausgegeben, es konnten demzufolge wieder 2000 Mark dem Stiftungsfonds zugeführt werden, der sich dadurch auf 21595,43 Mark erhöht hat.

Die Rechnung ist von einem Sekretär rechnungsmäßig geprüft und richtig befunden; ich beantrage, daß wir unserem

---

[1]) Siehe Anhang, S. 72.

verehrten Kassenführer, Herrn Kollegen **Schlüter**, Entlastung erteilen. Es hat keiner etwas dagegen? — Der Antrag ist angenommen.

Wir kommen dann zur Vorstandswahl. Der Vorstand besteht jetzt aus dem Kollegen **Fielitz** und mir als satzungsgemäßen Mitgliedern, die nicht wiedergewählt zu werden brauchen. Betreffs der übrigen drei Mitglieder, der Kollegen **Schlegtendal**-Berlin, **Schlüter**-Gütersloh und **Schroeder**-Berlin beantrage ich Wiederwahl. Da keiner hiergegen Widerspruch erhebt, ist der Antrag angenommen.

Hat sonst noch Jemand irgend einen Wunsch zu äußern? Es ist nicht der Fall. — Dann schließe ich die Generalversammlung mit der Bitte, für unsere Stiftung weitere Propaganda zu machen und sie möglichst zu fördern. Ich hoffe, daß wir Lebenden alle nicht in die Lage kommen, einen Anspruch auf Unterstützung erheben zu müssen; anderseits bin ich fest davon überzeugt, daß die Stiftung von unseren Nachfolgern in hohem Maße dankbar anerkannt werden und unserem Verein für alle Zeiten zum Segen gereichen wird.

(Schluß: 8½ Uhr.)

Anhang.

Geschäfts-Bericht über die Jubiläumsstiftung des Preussischen Medizinalbeamtenvereins für das Jahr 1910.

Nach der auf der XXVI. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins in Berlin am 23. April 1910 erfolgten Annahme der Satzungen der Jubiläumsstiftung ist vom Vorstand der Stiftung sämtlichen Mitgliedern des Preußischen Medizinalbeamtenvereins eine Einladung zum Beitritt und zur Zeichnung eines Jahresbeitrages übersandt worden.

In Verfolg dieses Schreibens sind bis zum 1. Januar 1911 der Stiftung 231 Mitglieder des Vereins beigetreten, die sich zu einer Beitragsleistung von 2527 Mark verpflichtet haben; außerdem gehören der Stiftung satzungsgemäß noch 7 Mitglieder an, die einen einmaligen Beitrag von 300 Mark oder mehr zugesteuert haben, so daß die Gesamtzahl der Mitglieder 238 beträgt. An außerordentlichen Beiträgen sind der Stiftung im Berichtsjahre 355 Mark zugewandt.

Nach den einzelnen Provinzen verteilen sich die Mitglieder und die jährlichen Beiträge wie folgt:

1.	Ostpreußen	19	Mitglieder	190	M. Jahresbeiträge
2.	Westpreußen	11	"	125	" "
3.	Berlin, Charlottenburg usw.	12	"	110	" "
4.	Brandenburg	14	"	140	" "
5.	Pommern	12	"	130	" "
6.	Posen	11	"	115	" "
7.	Schlesien	29	"	292	" "
8.	Sachsen	25	"	265	" "
9.	Schleswig-Holstein	11	"	115	" "
10.	Hannover	28	"	340	" "
11.	Westfalen	26	"	305	" "
12.	Hessen-Nassau	15	"	130	" "
13.	Rheinprovinz	25	"	270	" "
	Zusammen	238	Mitgl.	2527	M. Jahresbeiträge

Der Vorstand ist im Laufe des Berichtsjahres einmal zu einer Sitzung zusammengetreten. Zwei vorliegende Anträge von

Witwen verstorbener Medizinalbeamten auf Unterstützung wurden genehmigt und jeder Witwe 400 Mark bewilligt. Ausserdem hat ein im Ruhestande befindlicher, fast 90 Jahre alter unterstützungsbedürftiger Medizinalbeamter 300 Mark erhalten.

Die Jahresabrechnung schliesst folgendermassen ab:

a. Einnahme.

Bestand aus dem Vorjahre	412,92 M.[1])
Jahresbeiträge	2527,00 „
Einmalige Beiträge	355,00 „
Zinsen	608,87 „
Zusammen	3903,79 M.

b. Ausgabe.

Gewährte Unterstützungen	1100,00 M.
Kapitalanlage	2060,22 „
Schreibgebühren, Druckkosten, Vorstandssitzung, Porto, Scheckgebühren	148,14 „
Zusammen	3308,36 M.
Bleibt Kassenbestand	595,43 M.

Das Vermögen der Stiftung betrug daher am 31. Dezember 1910:

1. Zinstragende Wertpapiere, aus dem Vorjahr übernommen:	
$3^1/_2$% preußische Konsols	10 000,00 M.
4% „ „	8 000,00 „
4% Westfälische Provinzial-Anleihe . .	1000,00 „
2. Im Berichtsjahre angekauft:	
4% preußische Konsols	2 000,00 „
3. Kassenbestand.	595,43 „
Zusammen	21 595,43 M.

Gegen 19 537,92 Mark am 1. April 1910, also 2057,51 Mark mehr.

Die preussischen Konsols sind auf den Namen des Preussischen Medizinialbeamtenvereins in das Staatsschuldbuch eingetragen, die 1000 Mark Provinzialanleihe bei der Rheinisch-Westfälischen Diskontogesellschaft in Gütersloh hinterlegt. Der jährliche Zinsertrag der Wertpapiere beläuft sich auf 790 Mark.

Der Vorstand der Jubiläumsstiftung.

Prof. Dr. **Rapmund,** Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Minden, Vorsitzender.

Dr. **Schlüter,** Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Gütersloh, Kassen- und Schriftführer.

Dr. **Fielitz,** Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Halle a. S.

Dr. **Schlegtendal,** Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Berlin.

Dr. **Schröder,** Med.-Rat, Kreisarzt in Berlin.

---

[1]) Nach Abzug der schon in der Vorrechnung vereinnahmten 125 Mark Mitgliederbeiträge für 1910.

Liste der Teilnehmer

an der

XXVII. Hauptversammlung

des

Preussisischen Medizinalbeamten-Vereins

am 28. April 1911.

Als Gäste:

1. **v. Dallwitz**, Exzellenz, Staatsminister u. Minister des Innern in Berlin.
2. **v. Zedlitz-Neukirch**, Freiherr, Geh. Ober-Reg. und vortragender Rat im Ministerium des Innern in Berlin.
3. Dr. **Hamel**, Reg.-Rat, Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts in Berlin.

Provinz Ostpreussen.

4. Dr. **Fischer**, Kreisarzt in Neidenburg.
5. - **Franz**, Kreisarzt in Heinrichswalde.
6. - **Gallien**, Kreisarzt in Bischofsburg.
7. - **Lehmhöfer**, Kreisarzt in Preuß. Holland.
8. - **Meyen**, Reg.- u. Med.-Rat in Allenstein.
9. - **Springfeld**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Königsberg i. Pr.

Provinz Westpreussen.

10. Dr. **Derbe**, Kreisarzt in Dirschau.
11. - **v. Hake**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Marienwerder.
12. - **Jorns**, Kreisarzt in Rosenberg.
13. - **König**, Kreisarzt in Konitz.
14. - **Seemann**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Danzig.

Berlin mit den Stadtkreisen Charlottenburg, Schöneberg, Rixdorf, Wilmersdorf und Lichtenberg.

15. Dr. **Abel**, Geh. Ober-Med.-Rat und vortragender Rat in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern.
16. - **Behla**, Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Charlottenburg, Mitglied und Leiter der Mediz.-Abteil. des Königl. Preuß. Statistischen Landesamts.
17. - **Bürger**, Assistent am Institut f. Staatsarzneikunde, staatsärztl. approb.
18. - **Dietrich**, Prof., Geh. Ober-Med.-Rat u. vortragender Rat in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern.
19. - **Doepner**, Kreisassistenzarzt in Charlottenburg u. Hilfsarbeiter in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern.
20. - **Finger**, Geh. Med.-Rat, vortragender Rat in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern.
21. - **Flatten**, Reg.- u. Med.-Rat a. D., Kreisarzt des IV. Bezirks.
22. - **Fraenckel**, Paul, in Charlottenburg, Assistent am Institut für Staatsarzneikunde.
23. - **Grimm**, prakt. Arzt in Charlottenburg, staatsärztl. approb.
24. - **Hoffmann**, Med.-Rat, Gerichtsarzt und dirigierender Arzt des Untersuchungsgefängnisses.
25. - **Hüttig**, Oberstabsarzt a. D., Kreisarzt.
26. - **Jacobson**, Med.-Rat, Kreisarzt.
27. - **Kirchner**, Prof., Geh. Ober-Med.-Rat und vortragender Rat in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern.
28. - **Kühnemann**, Oberstabsarzt a. D. in Zehlendorf, staatsärztl. approb.
29. - **Lentz**, Prof., Abteilungsvorsteher bei dem Institut für Infektionskrankheiten in Charlottenburg.
30. - **Lindemann**, Med.-Rat, Kreisarzt.
31. - **Marx**, Gerichts- und Gefängnisarzt.
32. - **Meyer**, Kreisarzt des VI. Bezirks.
33. - **Nesemann**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat beim Polizeipräsidium.
34. - **Pflanz**, Kreisarzt u. ständiger Hilfsararbeiter beim Polizeipräsidium.
35. - **Pfleger**, Med.-Rat u. Gerichtsarzt.
36. - **Podlewski**, Kreiswundarzt a. D. in Schöneberg b. Berlin

37. Dr. Ritter, Kreisassistenzarzt.
38. - Rogowski, Med.-Rat, Kreisarzt, Nikolassee b. Berlin.
39. - Salomon, Geh. Med.-Rat, Honorar-Professor an der technischen Hochschule in Charlottenburg.
40. - Schlegtendal, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat b. Polizeipräsidium.
41. - Schulz, Rud., Kreisarzt für Niederbarnim, Charlottenburg.
42. - Straßmann, a. o. Professor, Geh. Med.-Rat, Gerichsarzt u. Direktor des Institus für Staatsarzneikunde.
43. - Stüler, Med.-Rat, Kreisarzt.
44. - Weißenborn. Geh. Med.-Rat, Kreisarzt.

Provinz Brandenburg.

45. Dr. Aust, Kreisarzt in Nauen.
46. - Barnick, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Frankfurt (Oder).
47. - Geißeler, Kreisarzt in Potsdam.
48. - Gottschalck, Med.-Rat, Kreisaszt in Rathenow.
49. - Hafemann, Med.-Rat, Kreisarzt in Luckau (Lausitz).
50. - Hechler, Kreisarzt in Züllichau.
51. - Heine, Arzt an der städt. Heil- u. Pflegeanstalt Dalldorf-Wittenau.
52. - Nickel, Med.-Rat, Kreisarzt in Perleberg.
53. - Nowack, Kreisarzt u. ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Potsdam.
54. - Prawitz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Brandenburg.
55. - Roth, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Potsdam.
56. - Schlieben, Kreisarzt in Zielenzig.
57. - Wiedner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Cottbus.
58. - Wiese, Med.-Rat, Kreisarzt in Spremberg (Lausitz).
59. - Wilhelm, Kreisarzt in Kyritz (Priegnitz).

Provinz Pommern.

60. Dr. Arbeit, Med.-Rat, Kreisarzt in Stargard (Pomm.).
61. - Dieterich, Med.-Rat, Kreisarzt in Demmin.
62. - Dütschke, Reg.- u. Med.-Rat in Stettin.
63. - Frank, Kreisarzt in Bublitz.
64. - Freyer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt u. Mitglied des Prov.-Med.-Kollegiums.
65. - Hoche, Reg.- u. Med.-Rat in Köslin.
66. - Kirstein, Kreisarzt u. Vorsteher d. Med.-Untersuchungsamts in Stettin.
67. - Siemens, Geh. Med.-Rat. Mitglied des Prov.-Med.-Kollegiums u. Direktor der Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt in Lauenburg (Pomm.).
68. - Thielow, Kreisarzt in Stolp.

Provinz Posen.

69. Dr. Friedrich, Kreisarzt in Schubin.
70. - Huebner, Kreisarzt in Posen (West).
71. - Lewerenz, Kreisarzt in Kolmar (Posen).
72. - Neubelt, Kreisassistenzarzt in Posen.
73. - Paulisch, Med.-Rat, Kreisarzt in Hohensalza.
74. - Sauberzweig, Kreisarzt in Wirsitz.
75. - Schmidt, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Posen.
76. - Weßling, Kreisarzt in Wollstein (Bez. Posen).

Provinz Schlesien.

77. Dr. Dybowski, Med.-Rat, Kreisarzt in Waldenburg (Schles.).
78. - Erdner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Görlitz.
79. - Finger, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Münsterberg (Schles.).
80. - v. Gizycki, Kreisarzt in Brieg (Bez. Breslau).
81. - Krohne, Reg.- u. Med.-Rat in Oppeln.
82. - Kühn, Med.-Rat, Kreisarzt in Ratibor.
83. - Leske, Kreisarzt in Liegnitz.
84. - Ludwig, Med.-Rat, Kreisarzt in Habelschwerdt.
85. - Matthes, Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
86. - Meyer, Kreisarzt in Muskau.
87. - Schreber, Kreisarzt in Bunzlau.

Provinz Sachsen.

88. Dr. Curtius. Kreisarzt in Stendal.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

Erster Sitzungstag.

Zweiter Sitzungstag.

Erster Sitzungstag.

Montag, den 11. September 1911, vormittags 10 Uhr
im Konzertsaal des Hauptrestaurants der Internationalen Hygiene-Ausstellung.

I. Eröffnung der Versammlung.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund-Minden** i. W., Vorsitzender: Meine sehr verehrten Herren! Im Namen des Vorstandes heiße ich Sie herzlich willkommen und danke Ihnen für Ihr überaus zahlreiches Erscheinen. Insbesondere gilt dieser Dank den Herren Kollegen aus Oesterreich, die im Anschluß an ihre in Prag soeben abgehaltenen IV. Hauptversammlung des Reichsverbandes österreichischer Amtsärzte in so großer Zahl unserer Einladung gefolgt sind. Hoffentlich werden Sie sich bei uns so wohl fühlen und von dem Verlauf unserer Verhandlungen so befriedigt sein, daß Sie die Teilnahme an unserer Versammlung nicht gereuen wird, und daß wir Sie auch späterhin noch recht oft in gleicher Zahl als unsere lieben Gäste begrüßen dürfen.

M. H.! Der auf der letzten Hauptversammlung gefaßte Beschluß, in diesem Jahre hier in Dresden zu tagen, um den Vereinsmitgliedern gleichzeitig die Gelegenheit zu einer eingehenden Besichtigung der Internationalen Hygiene-Ausstellung zu geben, hat sich, nach der diesjährigen Teilnehmerzahl zu urteilen, als durchaus richtig und zweckmäßig erwiesen. Ich möchte hieran aber die herzliche Bitte knüpfen, nicht etwa der Ausstellung wegen unsere Sitzungen zu vernachlässigen, sondern lieber Ihren hiesigen Aufenthalt in Dresden um ein paar Tage zu verlängern; die Ausstellung bietet ja so viel Hochinteressantes und Sehenswertes, daß Sie diesen verlängerten Aufenthalt sicherlich nicht bereuen werden. Ander-

seits werden voraussichtlich auch die Verhandlungsgegenstände unserer diesjährigen Tagesordnung genügend Anziehungspunkte bieten, um Ihr Interesse zu fesseln und Sie bis zum Schluß hier festzuhalten. Ich hoffe, daß ich Ihnen in dieser Hinsicht am Ende unserer Versammlung ein recht gutes Zeugnis ausstellen kann (Heiterkeit). Jedenfalls wünsche ich, daß sich unsere Verhandlungen auch in diesem Jahre wieder ebenso fruchtbringend wie auf den früheren Versammlungen gestalten mögen! Mit diesem Wunsche eröffne ich unsere achte Hauptversammlung!

Bevor wir nun in unsere Verhandlungen eintreten, liegt mir die angenehme Pflicht ob, denjenigen Herren unsern verbindlichsten Dank auszusprechen, die wir als staatliche und städtische Vertreter sowie als Vertreter ärztlicher Vereine in unserer Mitte zu begrüßen die hohe Ehre haben. Es sind dies die Herren: Ober-Med.-Rat Dr. Lufft, Referent im Staatsministerium des Innern, Geheimer Rat Prof. Dr. Renk, Präsident des Landesmedizinalkollgiums und Ober-Med.-Rat Dr. Streit als Vertreter des Königl. Sächsischen Ministeriums des Innern, des Landesmedizinalkollegiums und der hiesigen Kreishauptmannschaft, sowie die Herren Bürgermeister Dr. May, die Stadträte Hofrat Dr. Battmann und Dreßler sowie der Stadtbezirksarzt Dr. Leonhardt als Vertreter des Rats der Stadt Dresden; ferner die Herren Bezirksarzt Dr. Gebhardt-München, ständiger Hilfsarbeiter im Königl. bayerischen Ministerium des Innern (für Bayern), Medizinaldirektor Dr. v. Rembold-Stuttgart (für Württemberg), San.-Rat u. Physikus Dr. Creite in Schöningen (für Braunschweig). Geh. Med.-Rat Dr. Richter-Dessau (für Anhalt), Med.-Rat Dr. Helbach-Rudolstadt (für Schwarzburg-Rudolstadt), Geh. Med.-Rat Dr. Scheube-Greitz (für Reuß ä. L.) sowie die Herren Geh. San.-Rat Dr. Osterloh, Vorsitzender der hiesigen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde und Dr. Baron, Vorsitzender des ärztlichen Bezirksvereins Dresden.

Meine sehr verehrten Herren! Unser Dank gilt nicht nur Ihnen selbst, sondern auch den staatlichen und kommunalen Behörden, sowie den Vereinen, als deren Vertreter Sie unserer freundlichen Einladung gefolgt sind; ich darf Sie wohl deshalb ergebenst um Vermittelung unseres Dankes an diese Behörden und Vereine bitten.

Unseren besonderen Dank verdient endlich H. Stadtbezirksarzt Dr. Leonhardt, der in liebenswürdiger Weise die Vorbereitungen zu der heutigen Versammlung übernommen und sich alle Mühe gegeben hat, um den Verlauf unserer Versammlung so günstig wie möglich zu gestalten, damit sie uns ebenso wie der Aufenthalt in Dresden stets in angenehmer Erinnerung bleiben wird. Hoffentlich wird sein Wunsch in dieser Hinsicht voll in Erfüllung gehen!

(Lebhafter Beifall.)

H. Ober-Med.-Rat Dr. Lufft-Dresden, Referent im Staatsministerium des Innern: Meine sehr geehrten Herren! Im Auf-

trage des Ministeriums des Innern begrüße ich die achte Versammlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins, der in Sachsen ja durch den Verein sächsischer Bezirksärzte vertreten ist. Gleichzeitig wünsche ich der Versammlung im Namen des Ministeriums einen gedeihlichen Verlauf und Erfolg.

H. Geheimer Rat Prof. Dr. Renk-Dresden, Präsident des Königl. Sächsischen Landesmedizinalkollegiums: Meine sehr verehrten Herren! Ich erlaube mir, Ihnen die Grüße und Wünsche des Königlichen Landesmedizinalkollegiums zu übermitteln. Es bedarf wohl nicht vieler Ausführungen, um Sie davon zu überzeugen, daß das Landesmedizinalkollegium Ihren Bestrebungen das regste Interesse entgegenbringt, wie es auch die Verhandlungen der Vorjahre mit größtem Interesse und mit Sympathie verfolgt hat. Kaum an einer anderen Stelle wird man so deutlich erkennen können, wie in unserem sächsischen Medizinalkollegium, welch schwere Stellung der Bezirksarzt, der Kreisarzt mitunter hat; unser Landesmedizinalkollegium wird selbst nicht verschont von Vorwürfen und Einwänden, die von Interessenten, denen wir etwas zu nahe getreten sind, uns entgegengebracht werden. Seien Sie also überzeugt, daß das Landesmedizinalkollegium Ihre Verhandlungen mit wärmstem Interesse verfolgt und ihnen den besten Erfolg wünscht.

Ich darf die Gelegenheit benutzen, auch noch als einer der Veranstalter der Hygiene-Ausstellung Ihnen ein paar Worte zu sagen. Wir dürfen jetzt, nachdem eine Reihe von Monaten ins Land gegangen ist, wohl, ohne ruhmredig zu erscheinen, sagen, daß unsere Ausstellung gelungen ist. Wir haben erfreulicher Weise über eine solch große Anzahl von wissenschaftlichen Mitarbeitern zu verfügen gehabt, daß etwas Großes zustande kommen konnte; so dürfen wir auch hoffen, daß Ihnen der Besuch dieser Ausstellung von Nutzen sein wird und zwar nach zwei Richtungen hin: Einmal werden Sie selbst Gelegenheit haben, auf dem ungeheuren Gebiete, das jetzt die Hygiene darstellt, so mancherlei neue Erfahrungen einzusammeln und sie späterhin bei Ihrer Tätigkeit zu verwerten; zum zweiten — und das ist vielleicht noch ein viel größerer Nutzen — wird das große Publikum durch den Besuch der Ausstellung schon so weit gehoben in bezug auf das Verständnis für Hygiene, daß Sie auch daraus wiederum insofern großen Nutzen ziehen werden, als so manche Hemmnisse, die Ihnen in Ihrer amtlichen Tätigkeit entgegentreten, weggeräumt werden. Wir verfolgen ja das Publikum mit großem Interesse und machen an ihm Studien, wie das Publikum anderseits an der Ausstellung Studien macht; da sind wir denn oft überrascht, in wie weitgehendem Maße das, was hier geboten worden ist, in das Publikum eingedrungen ist und wie sich irrige Vorstellungen verändert haben. Wenn wir natürlich auch nicht auf einen in unserem Sinne ganz vollkommenen Erfolg rechnen dürfen, so ist doch überaus viel geschehen, um das Publikum aufzuklären. Die

Hygiene-Ausstellung darf als eine Etappe auf dem Gebiete der Volksaufklärung und der wissenschaftlichen Hygiene angesehen werden. Sie werden allerdings schwere Arbeit haben, wenn Sie die Ausstellung durchwandern; denn es ist eine solche Fülle von Ausstellungsgegenständen zusammengetragen, wie sie wohl in absehbarer Zeit nie wiederum zustandekommen wird. Als zweiter Präsident der Ausstellung möchte ich Ihnen auch für das Studium derselben allerbesten Erfolg wünschen, damit Sie vollbefriedigt nach ihrer Heimat zurückkehren.

(Lebhafter Beifall.)

H. Bürgermeister Dr. May-Dresden: Meine hochgeehrten Herren! Es gereicht mir zu besonderer Ehre und Freude, Sie und Ihre hochansehnliche Vereinigung auch im Namen der Stadt Dresden auf das herzlichste bei uns willkommen zu heißen. Wir haben in Dresden die Ehre, in diesem Jahre eine Ausstellung Ihnen vorführen zu können, die einen Schatz, ein Kleinod von ganz köstlicher Art darstellt, einen Schatz, wie ihn wohl selten eine Stadt ihren Gästen vorführen kann, und wie er wohl in dieser Aufmachung, Größe und Vollkommenheit noch nicht vorgeführt worden ist. Wir haben die Tatsache zu konstatieren, daß die Ausstellung innerhalb der vier Monate bereits von nahezu vier Millionen Besuchern besucht worden ist. Es ist dies zweifellos ein Erfolg, der im Interesse der Aufklärung des Volkes, im Interesse des weiteren Ausbaues der Hygiene und im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege auf das freudigste zu begrüßen ist.

Wir haben auch die Ehre, Ihnen stadtseitig eine größere Anzahl hygienisch neuzeitlicher Einrichtungen vorführen zu können, deren Besichtigung wir Ihnen gern ermöglichen werden. Ich darf in erster Linie erwähnen, weil das wohl zeitgemäß ist: unsere neuen großen Wasserwerke, die, wie hier festgestellt werden kann, den großen Anforderungen an Wasser, die dieses Jahr gestellt hat, vollauf Stand gehalten haben, so daß die Dresdener Einwohner nicht im geringsten sich irgend welche Schranken bezüglich der Wasserbenutzung haben auferlegen müssen. Ich darf weiter darauf Bezug nehmen, daß wir in Gestalt des neuen Krematoriums eine Verbrennungsanstalt haben, die von Fachmännern und Architekten auch äußerlich und ihrer Lage nach als eine der schönten der Welt bezeichnet worden ist. Ich darf Sie weiter hinweisen auf die modernen Krenkel-Stiftungshäuser, die eben jetzt dem Betriebe übergeben worden sind, draußen in der Vorstadt Löbtau an der Klingestraße, und die gewiß auch Ihrem beruflichen Auge standhalten werden und Ihnen Interesse bieten werden. Ich darf zuletzt verweisen auf unseren neuen großen städtischen Vieh- und Schlachthof, der im vorigen Jahre dem Betrieb übergeben wurde, allen neuzeitlichen hygienischen Anforderungen entspricht und der Stadt einen Aufwand von fünfzehn Millionen Mark verursacht hat. Wir würden uns freuen, wenn Sie an der Besichtigung der städtischen Anlagen ein Interesse finden würden. Wir wünschen ihren

Beratungen besten Erfolg und wünschen auch, daß Sie aus der Besichtigung der Hygiene-Ausstellung fruchtbringende Anregungen für Ihren verantwortungsvollen Beruf mit nach Hause nehmen. Vor allem aber wünschen wir Ihnen, daß Sie bei Ihrem Aufenthalt in Dresden sich recht wohl fühlen mögen und Ihre Beratungen von bestem Erfolg sein mögen! Mit diesen Worten heiße ich Sie nochmals und herzlichst willkommen!

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Meine hochverehrten Herren! Für die außerordentlich liebenswürdige Begrüßung unserer heutigen Versammlung spreche ich Ihnen im Namen unseres Vereins den allerverbindlichsten Dank aus. Hoffentlich gehen alle diese Wünsche, die Sie für den Verlauf unserer Tagung hier ausgesprochen haben, vollkommen in Erfüllung! Daß wir uns hier in Dresden voraussichtlich während der Zeit außerordentlich wohl fühlen werden, davon bin ich fest überzeugt. Namentlich wird das bei einer ganzen Reihe von denjenigen unserer Kollegen der Fall sein, die in der letzten Zeit unter der Wasserkalamität gelitten haben und die sich meist, wenn sie Wasser trinken wollten, lediglich auf natürliche und künstliche Mineralwässer angewiesen sahen, während Sie hier in Dresden infolge der ausgezeichneten Wasserleitung mit ruhigem Gewissen, ohne die Gefahr, Typhus oder alle möglichen gastrischen Erscheinungen zu bekommen, Wasser trinken können. Ob sie es tun, ist ja eine andere Frage; meist pflegt der Genuß von Wasser bei Kongressen keine große Rolle zu spielen (Allseitige Heiterkeit).

Im übrigen danke ich Herrn Bürgermeister May noch besonders für das liebenswürdige Entgegenkommen, uns während unseres hiesigen Aufenthaltes die Besichtigung der städtischen hygienischen Einrichtungen, namentlich der in letzter Zeit hier in Dresden neuentstandenen, zu ermöglichen. Wir haben eine derartige offizielle Besichtigung während der beiden Sitzungstage selbst nicht vorgesehen, weil bei der unmittelbar sich anschließenden Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege derartige Besichtigungen stattfinden werden und wir uns an diesen dann beteiligen können; denn ein großer Teil von uns wird sicherlich an jener Tagung ebenfalls teilnehmen. Diejenigen Kollegen, die aber nicht lange hierbleiben, werden sicherlich das freundliche Anerbieten des Herrn Bürgermeisters gern annehmen.

II. Geschäfts- und Kassenbericht.

H. Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Flinzer-Plauen: M. H.! Die Mitgliederzahl hat sich in den beiden vergangenen Jahren leider etwas verringert, speziell in Preußen und Bayern, während sie im Königreich Sachsen, in Sachsen-Weimar und Elsaß Lothringen eine Zunahme erfahren hat. Sie betrug bei der letzten Hauptversammlung 1681; seitdem sind 44 Mitglieder ausgetreten und

60 verstorben, neu eingetreten dagegen nur 62, so daß der Verein z. Z. 1639 Mitglieder zählt, die sich auf die einzelnen Bundesstaaten wie folgt verteilen:

Königreich Preußen	885	(917)[1]
„ **Bayern**	386	(414)
„ **Sachsen**	44	(38)
„ **Württemberg**	100	(102)
Großherzogtum Baden	50	(41)
„ **Hessen**	26	(26)
„ **Mecklenburg-Schwerin u. Mecklenburg-Strelitz**	15	(15)
„ **Oldenburg**	8	(8)
„ **Sachsen-Weimar**	18	(12)
Herzogtümer	36	(39)
Fürstentümer	23	(23)
Freie und Hansastädte	19	(19)
Elsaß-Lothringen	27	(22)
Sonstige	2	(2)
	1639	(1681)

Groß war die Zahl der verstorbenen Mitglieder; es sind nicht weniger als 60 gestorben. Ich glaube, ich kann von der Verlesung der Namen Abstand nehmen, da sie auf der letzten Seite des Mitgliederverzeichnisses abgedruckt worden sind.[2]

---

[1]) **Die in Klammern beigefügten Ziffern bedeuten die Zahl der Mitglieder im Jahre 1909.**

[2]) **Gestorben sind seit September 1909 bis September 1911:**

1. Dr. **Balzar**, Kreisarzt in Heddesdorf (Kr. Neuwied).
2. - **Brenzinger**, Med.-Rat, Bezirksarzt in Buchen (Baden).
3. - v. **Buchka**, Oberarzt an der Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt in Alt-Scherbitz (Reg.-Bez. Merseburg).
4. - **Bütow**, Med.-Rat, Kreisarzt in Charlottenburg.
5. - **Claren**, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Bonn.
6. - **Danielowski**, prakt. Arzt in Hohenstüblau (Reg.-Bez. Danzig), staatsärztl. approbiert.
7. - **Diederichs**, prakt. Arzt in Holzminden (Braunschweig), staatsärztlich approbiert.
8. - **Döderlein**, prakt. Arzt in Augsburg, staatsärztl. approb.
9. - **Elten**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Berlin.
10. - **Eschwig**, Bezirksarzt a. D. in Laufen (Oberbayern).
11. - **Führer**, Geh. San.-Rat, Kreisphysikus a. D., in Wolfhagen (Reg.-Bez. Kassel).
12. - **Gernand**, Bezirksarzt a. D. in Alzenau (Bayern).
13. - v. **Gussmann**, Medizinaldirektor und Ehrenmitglied des Medizinalkollegiums in Stuttgart.
14. - **Gutknecht**, Kreisarzt in Belgard (Pommern).
15. - **Havemann**, Ober-Med.-Rat, Kreisphysikus a. D. in Parchim (Mecklenburg-Schwerin).
16. - **Hess**, Med.-Rat, Bezirksarzt und Bahnarzt in Wunsiedel (Bayern).
17. - **Hoechst**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Wetzlar (Rheinland).
18. - v. **Hofe**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Altena (Westfalen).
19. - **Hofmann**, Professor, Medizinalrat, Landgerichtsarzt a. D. in München.
20. - **Holling**, Med.-Rat, Kreisarzt in Soegel (Reg.-Bez. Osnabrück).
21. - **Katerbau**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Königsberg i. P.
22. - **Keller**, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Heimenkirch (Bayern), staatsärztlich approbiert.
23. - **Leder**, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Lauban (Schlesien).
24. - **Lemcke**, Med.-Rat, Kreisarzt in Grimmen.

- **Liebmann**, Med.-Rat, Amtsphysikus in Neustadt (Herzogt. Coburg).
- **Loewenthal**, prakt. Arzt in Berlin, staatsärztl. approbiert.

Vorsitzender: M. H.! Die Zahl der Verstorbenen ist in diesen beiden Jahren außerordentlich hoch. Während sie früher immer nur zwischen 40 und 50 schwankte, ist sie in den letzten beiden Jahren auf 60 gestiegen. Es ist das höchst bedauerlich, und auffallender Weise sind unter diesen Verstorbenen sehr viele preußische Medizinalbeamte, die danach eine besonders hohe Sterblichkeit zu haben scheinen, wie ich dies schon auf der letzten Versammlung des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins festgestellt habe. Ob es die Folge ihrer durch das Kreisarztgesetz außerordentlich erweiterten Tätigkeit ist oder welche sonstigen Umstände dabei mitgewirkt haben, läßt sich schwer feststellen. Jedenfalls werden Sie wohl alle mit mir in dem Wunsch übereinstimmen, daß die Zahl unserer verstorbenen Mitglieder zum letzten Male eine so hohe Ziffer erreicht haben möge!

Ich bitte Sie, zum Andenken der Dahingeschiedenen sich von Ihren Plätzen zu erheben.

(Geschieht.)

---

27. Dr. Lottner, Bezirksarzt a. D. in Griesbach (Bayern).
28. - Lotze, Med.-Rat, Kreisarzt in Osterode a. H. (Reg.-Bez. Hildesheim).
29. - Lustig, Med.-Rat, Kreisarzt in Grünberg (Schlesien).
30. - Martius, prakt. Arzt und Krankenhausarzt in Leinersdorf (Bayern). staatsärztl. approbiert.
31. - Mayer, Bezirksarzt in Pfarrkirchen (Bayern).
32. - Moser, Med.-Rat, Kreisphysikus in Malchin (Mecklenburg-Schwerin).
33. - Mutschler, Oberamtsarzt in Aalen (Württemberg).
34. - Neumann, prakt. Arzt in Landsberg a. W., staatsärztl. approb.
35. - Niemann, San.-Rat, Physikus in Holzminden (Braunschweig).
36. - Nöller, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Lüneburg.
37. - Offenberg, Med.-Rat, Kreisarzt in Osnabrück.
38. - Ott, Bezirksarzt in Garmisch (Bayern).
39. - v. Pracher, Bezirksarzt in Freyung v. Wald (Bayern).
40. - Püllen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Grevenbroich (Rheinland).
41. - Rittstieg, Bezirksarzt in Breisach (Baden).
42. - Romeick, Kreisarzt in Morungen (Ostpreußen).
43. - Rost, Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Rudolstadt (Thüringen).
44. - Roth, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Berchtesgaden (Bayern).
45. - Rump, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Osnabrück.
46. - Scherb, Kreisarzt in Fritzlar (Hessen-Nassau).
47. - Schlüter, Med. Rat, Kreisarzt in Arnswalde (Brandenburg).
48. - Schmalfuss, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Provinzial-Medizinal-Kollegiums in Hannover.
49. - Schmidt, Bezirksarzt in Neustadt (Waldnaab) (Bayern).
50. - Schmiele, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Weissenfels (Reg.-Bezirk Merseburg).
51. - Schmidtmann, Prof., Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat, Kurator der Universität Marburg a. Lahn.
52. - Schönbrod, Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinal-Untersuchungsamt in Potsdam.
53. - Schultz, Kreisarzt in Hofgeismar (Reg.-Bez. Cassel).
54. - Silomon, Ass.-Arzt am städt. Krankenhause in Bremen.
55. - Strassner, Geh. Med.-Rat, Kreis- und Stadtarzt a. D. in Magdeburg.
56. - Tiedemann, prakt. Arzt in Bremen, staatsärztl. approbiert.
57. - Tillessen, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Saarlouis.
58. - Vanselow, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Stettin.
59. - Wehmer, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Berlin.
60. - v. Wenck, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Pinneberg (Holstein).

H. Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Flinzer-Plauen i. V., Schriftführer: Vorstandssitzungen haben in Hamburg und Goslar stattgefunden, in denen neben anderen Angelegenheiten insbesondere die Tagesordnung für die diesjährige Hauptversammlung beraten wurde.

Die Kassenverhältnisse haben sich auf die Zeit vom 1. April 1909 bis 31. März 1911 wie folgt gestaltet:

A. Einnahmen.

Kassenbestand am 1. April 1909	3218,94 M.
Mitgliederbeiträge	21281,— „
Sonstige Einnahmen (Zinsen etc.)	357,92 „
Portovergütung	14.10 „
	24871,96 M.

B. Ausgaben.

Für die Zeitschrift	15324,— M.
Sonstige Drucksachen	1717 30 „
Kosten der Hauptversammlung	823.08 „
Reisekosten für Vorstandsmitglieder, Bureau- und Portokosten	2841.06 „
	20705,44 M.

Einnahmen	24871.96 M.
Ausgaben	20705.44 „
Kassenbestand am 1. April 1911	4166,52 M.

Der Kassenbestand hat sich somit wieder etwas erhöht, so daß wir mit dem bisherigen Vereinsbeitrag auch für die nächsten Jahre auskommen werden.

Als Vertreter des Deutschen Medizinalbeamtenvereins haben der Vorsitzende des Vereins und der Berichterstatter an dem im Oktober 1909 in Wien abgehaltenen ersten Oesterreichischen Amtsärztekongreß teilgenommen, um den dortigen Kollegen die herzlichsten Glückwünsche unseres Vereins zur Gründung ihres neuen Vereins zu überbringen. Der Verlauf des Kongresses war ein nach jeder Richtung hin vorzüglicher; außerordentlich liebenswürdig war auch die Aufnahme, die die Vertreter unseres Vereins dort gefunden haben.

Im übrigen ist noch zu berichten, daß der Vorstand dem Beschlusse der letzten Hauptversammlung gemäß in einer Eingabe dem Reichsjustizamt nochmals unsere Wünsche in bezug auf den Entwurf der Strafprozeßordnung vorgetragen und Abdrücke dieser Eingabe auch allen Mitgliedern der betreffenden Kommission des Reichstages zugestellt hat. Erfreulicher Weise haben diese Wünsche auch z. T. bei den Kommissionsberatungen Berücksichtigung gefunden.

Vorsitzender: M. H.! Wünscht jemand dazu das Wort? Es ist nicht der Fall. — Dann bleibt uns nur die Wahl von zwei Kassenrevisoren übrig. Ich schlage dazu vor: Herrn Med.-Rat Dr. Oswaldt-Arnstadt, der vor zwei Jahren dieses schwierige Amt zu unserer Zufriedenheit erledigt hat, und Herrn Kreisarzt Dr. Löer-Büren. Sind Sie damit einverstanden?

(Allseitige Zustimmung.)

Ehe wir in die Tagesordnung eintreten, kann ich Ihnen noch die erfreuliche Mitteilung machen, daß bis jetzt 188 Teil-

nehmer in die Präsenzliste eingetragen sind; ihre Zahl wird sicherlich im Laufe des Tages die Ziffer 200 überschreiten. Das ist ein so zahlreicher Besuch, wie ihn der Deutsche Medizinalbeamten-Verein noch nicht gehabt hat.

III. Stellung des beamteten Arztes zur Wohlfahrtspflege.

1. H. Med.-Rat Dr. Henkel, Bezirksarzt in München, erster Referent: M. H.! Hilfreich sei der Mensch! Das Streben nach Erkenntnis, das Schaffen des Geistes in Verbindung mit dem Walten des Gemütes, des Mitgefühles bringt diese Hilfe, die Erfahrung, die Wissenschaft ordnet das Ganze.

Eine solche Ordnung zeigt die Dresdener internationale Hygieneausstellung; sie zeigt Blüten und Früchte vom Baume der Erkenntnis, den die fortschreitende Menschheit und Menschlichkeit mitfühlend, mitleidend hegt und pflegt.

Wir vergessen dabei nicht, daß das Gedeihen eines ganzen Volkes, dessen Lebensfähigkeit und Lebenstüchtigkeit von dieser Pflege abhängt, daß sie nützlich und notwendig ist. Treffend sagt Engel: „Was wirtschaftlich das Beste ist, ist auch sittlich das Edelste."

Das hindert aber nicht, daß wir in dem milden Hauche, in den warmen Farben der Alles umfassenden Liebe das Belebende, das Treibende anerkennen, das dem Werktätigen den Segen spendet.

Wie bereits betont wurde, finden wir heute eine besondere Weihe unserer Tagung in dem Umstande, daß wir in Dresden versammelt sind, der großen und schönen Stadt, die, vorbildlich auf dem Gebiete der Gesundheitspflege, in der Hygieneausstellung ein prächtiges Muster vor Augen geführt hat.

Verkörpert sehen wir den Wettbewerb der deutschen Städte und des Auslandes um den hohen Preis der Wohlfahrt, der Gesundung und Gesunderhaltung des Volkes, der Menschheit.

Was man unter Wohlfahrt und Wohlfahrtspflege zu verstehen hat, ist wiederholt in Vorträgen und Schriften erörtert worden. Ich will heute nicht auf diese theoretischen Begriffe eingehen.

Gestatten Sie, daß ich Ihnen im Bilde vorführe, wie eine Großstadt heutigen Tages in praxi für das Gemeinwohl arbeitet. Sie werden es nicht einem unangebrachten Lokalpatriotismus zuschreiben, wenn ich hierzu die Stadt wähle, deren Amtsarzt ich seit Jahren bin, die Stadt München, und die Verhältnisse darlege, wie sie im deutschen Süden bestehen.

München ist ja viel genannt und viel bekannt. Wenn man von dieser Stadt seit Jahrzehnten Gutes und Schönes rühmt, gesundheitlich ist sie früher nicht berühmt gewesen; sie war als Typhusnest verschrieen, ihre Sterblichkeit war ständig eine hohe, und wenn eine Seuche kam, wie die Cholera, so hat München fast jedes Mal seinen bösen Teil abbekommen. Gerade das Auf-

treten der Cholera in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts hat einen mächtigen Anstoß gegeben zu der Sanierung der Stadt. Der damalige Amtsarzt, Martell Frank, war in seinen Anschauungen über Wesen und Verbreitung der Cholera im Widerspruch mit Pettenkofer. Frank stand auf dem Boden der täglichen ärztlichen Erfahrung und erkannte deutlich, daß der cholerakranke Mensch die Quelle der Ansteckung für andere sei, während Pettenkofer der persönlichen Uebertragung weniger Gewicht beilegte und den Vorgängen im Boden und in der Luft die entscheidende Rolle zuerkannte. Das X, das unbekannte Etwas, war noch nicht entdeckt. Koch hat uns zur Klarheit und Wahrheit geführt. Aber das unsterbliche Verdienst Pettenkofers als Vorkämpfers gegen Schmutz und Elend ist dadurch nicht geschmälert; die damaligen theoretischen Widersacher Münchens kamen trotz ihrer verschiedenartigen Anschauungen zu dem gleichen praktischen Ergebnis, daß nur die gründliche Sanierung der Stadt und die Vervollkommnung der Kranken- und Wohlfahrtspflege die großen Uebelstände beseitigen könnten. 1878 wurde der allgemeine Schlacht- und Viehhof eröffnet, 1883 wurde die Hochquellenwasserleitung aus dem Mangfallgebiet in Betrieb gesetzt. Seit 1893 ist die Schwemmkanalisation durchgeführt. Insbesondere die Wasserversorgung der Stadt hat sich in zunehmender Erweiterung zu einer Anlage ersten Ranges entwickelt; im Jahre 1909 ist ein Wasserverbrauch von 240 Liter pro Kopf und Tag zu verzeichnen. Das Wasser ist von vorzüglicher Beschaffenheit und kann im heißesten Sommer noch zur Kühlung in der Küche Verwendung finden. Dabei beträgt der Abgabepreis 5 Pfg. für den Kubikmeter. Die allgemeine Sterblichkeit war bereits 1900 von 41 auf 1000 Einwohner (im Jahre 1871) auf 25 zurückgegangen.

Um die Wende dieses Jahrhunderts hat sich die Gesundheitspflege mehr und mehr der individuellen Fürsorge zugewendet; nach der allgemeinen örtlichen Assanierung ließ man den persönlichen menschlichen Verhältnissen Berücksichtigung angedeihen.

Nicht zufällig ist die Erkenntnis von der Bedeutung der individuellen Hygiene recht wach geworden mit dem Rückgang der Geburtenziffern unserer Kulturstaaten, unserer eigenen Nation. Wir sehen uns in die Notwendigkeit versetzt, Schutzpolitik für das körperliche und geistige Wohl der Staatsbürger, Rassenhygiene zu treiben. Ein Staat, der an Einwohnerzahl überhaupt, an physischer und geistiger Kraft des Einzelnen zurückgeht, geht dem Untergang entgegen. Die Statistik lehrte uns kennen, wie gerade die Verkehrszentren, die Großstädte, in der relativen Geburtenzahl zurückgehen, die größte Stadt unseres Reiches in erster Linie. Wenn das auch eine gewöhnliche Folge der Kultur, der Abweichung vom natürlichen einfachen Leben, der Uebervölkerung in dichten Häusermassen, dem schweren Kampf ums Dasein bei steigender Genußsucht ist, wenn auch unsere Landbevölkerung noch nicht in nennenswertem Maße an diesem Geburtenrückgang sich beteiligt, so muß doch bei dem ständigen

Vorsitzender: M. H.! Die Zahl der Verstorbenen ist in diesen beiden Jahren außerordentlich hoch. Während sie früher immer nur zwischen 40 und 50 schwankte, ist sie in den letzten beiden Jahren auf 60 gestiegen. Es ist das höchst bedauerlich, und auffallender Weise sind unter diesen Verstorbenen sehr viele preußische Medizinalbeamte, die danach eine besonders hohe Sterblichkeit zu haben scheinen, wie ich dies schon auf der letzten Versammlung des Preußischen Medizinalbeamten-Vereins festgestellt habe. Ob es die Folge ihrer durch das Kreisarztgesetz außerordentlich erweiterten Tätigkeit ist oder welche sonstigen Umstände dabei mitgewirkt haben, läßt sich schwer feststellen. Jedenfalls werden Sie wohl alle mit mir in dem Wunsch übereinstimmen, daß die Zahl unserer verstorbenen Mitglieder zum letzten Male eine so hohe Ziffer erreicht haben möge!

Ich bitte Sie, zum Andenken der Dahingeschiedenen sich von Ihren Plätzen zu erheben.

(Geschieht.)

---

27. Dr. **Lottner**, Bezirksarzt a. D. in Griesbach (Bayern).
28. - **Lotze**, Med.-Rat, Kreisarzt in Osterode a. H. (Reg.-Bez. Hildesheim).
29. - **Lustig**, Med.-Rat, Kreisarzt in Grünberg (Schlesien).
30. - **Martius**, prakt. Arzt und Krankenhausarzt in Leinersdorf (Bayern). staatsärztl. approbiert.
31. - **Mayer**, Bezirksarzt in Pfarrkirchen (Bayern).
32. - **Mozer**, Med.-Rat, Kreisphysikus in Malchin (Mecklenburg-Schwerin).
33. - **Mutschler**, Oberamtsarzt in Aalen (Württemberg).
34. - **Neumann**, prakt. Arzt in Landsberg a. W, staatsärztl. approb.
35. - **Niemann**, San.-Rat, Physikus in Holzminden (Braunschweig).
36. - **Nöller**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Lüneburg.
37. - **Offenberg**, Med.-Rat, Kreisarzt in Osnabrück.
38. - **Ott**, Bezirksarzt in Garmisch (Bayern).
39. - **v. Pracher**, Bezirksarzt in Freyung v. Wald (Bayern).
40. - **Püllen**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Grevenbroich (Rheinland).
41. - **Rittstieg**, Bezirksarzt in Breisach (Baden).
42. - **Romeick**, Kreisarzt in Morungen (Ostpreußen).
43. - **Rost**, Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Rudolstadt (Thüringen).
44. - **Roth**, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Berchtesgaden (Bayern).
45. - **Rump**, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Osnabrück.
46. - **Scherb**, Kreisarzt in Fritzlar (Hessen-Nassau).
47. - **Schlüter**, Med. Rat, Kreisarzt in Arnswalde (Brandenburg).
48. - **Schmalfuss**, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Provinzial-Medizinal-Kollegiums in Hannover.
49. - **Schmidt**, Bezirksarzt in Neustadt (Waldnaab) (Bayern).
50. - **Schmiele**, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Weissenfels (Reg.-Bezirk Merseburg).
51. - **Schmidtmann**, Prof., Wirkl. Geh. Ob.-Reg.-Rat, Kurator der Universität Marburg a. Lahn.
52. - **Schönbrod**, Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinal-Untersuchungsamt in Potsdam.
53. - **Schultz**, Kreisarzt in Hofgeismar (Reg.-Bez. Cassel).
54. - **Silomon**, Ass.-Arzt am städt. Krankenhause in Bremen.
55. - **Strassner**, Geh. Med.-Rat, Kreis- und Stadtarzt a. D. in Magdeburg.
56. - **Tiedemann**, prakt. Arzt in Bremen, staatsärztl. approbiert.
57. - **Tillessen**, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Saarlouis.
58. - **Vanselow**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Stettin.
59. - **Wehmer**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Berlin.
60. - **v. Wenck**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Pinneberg (Holstein).

H. Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Flinzer-Plauen i. V., Schriftführer: Vorstandssitzungen haben in Hamburg und Goslar stattgefunden, in denen neben anderen Angelegenheiten insbesondere die Tagesordnung für die diesjährige Hauptversammlung beraten wurde.

Die Kassenverhältnisse haben sich auf die Zeit vom 1. April 1909 bis 31. März 1911 wie folgt gestaltet:

A. Einnahmen.

Kassenbestand am 1. April 1909	3218,94 M.
Mitgliederbeiträge	21281,— „
Sonstige Einnahmen (Zinsen etc.)	357,92 „
Portovergütung	14.10 „
	24871,96 M.

B. Ausgaben.

Für die Zeitschrift	15324,— M.
Sonstige Drucksachen	1717 30 „
Kosten der Hauptversammlung	823,08 „
Reisekosten für Vorstandsmitglieder, Bureau- und Portokosten.	2841.06 „
	20705,44 M.

Einnahmen	24871.96 M.
Ausgaben	20705.44 „
Kassenbestand am 1. April 1911	4166,52 M.

Der Kassenbestand hat sich somit wieder etwas erhöht, so daß wir mit dem bisherigen Vereinsbeitrag auch für die nächsten Jahre auskommen werden.

Als Vertreter des Deutschen Medizinalbeamtenvereins haben der Vorsitzende des Vereins und der Berichterstatter an dem im Oktober 1909 in Wien abgehaltenen ersten Oesterreichischen Amtsärztekongreß teilgenommen, um den dortigen Kollegen die herzlichsten Glückwünsche unseres Vereins zur Gründung ihres neuen Vereins zu überbringen. Der Verlauf des Kongresses war ein nach jeder Richtung hin vorzüglicher; außerordentlich liebenswürdig war auch die Aufnahme, die die Vertreter unseres Vereins dort gefunden haben.

Im übrigen ist noch zu berichten, daß der Vorstand dem Beschlusse der letzten Hauptversammlung gemäß in einer Eingabe dem Reichsjustizamt nochmals unsere Wünsche in bezug auf den Entwurf der Strafprozeßordnung vorgetragen und Abdrücke dieser Eingabe auch allen Mitgliedern der betreffenden Kommission des Reichstages zugestellt hat. Erfreulicher Weise haben diese Wünsche auch z. T. bei den Kommissionsberatungen Berücksichtigung gefunden.

Vorsitzender: M. H.! Wünscht jemand dazu das Wort? Es ist nicht der Fall. — Dann bleibt uns nur die Wahl von zwei Kassenrevisoren übrig. Ich schlage dazu vor: Herrn Med.-Rat Dr. Oswaldt-Arnstadt, der vor zwei Jahren dieses schwierige Amt zu unserer Zufriedenheit erledigt hat, und Herrn Kreisarzt Dr. Löer-Büren. Sind Sie damit einverstanden?

(Allseitige Zustimmung.)

Ehe wir in die Tagesordnung eintreten, kann ich Ihnen noch die erfreuliche Mitteilung machen, daß bis jetzt 188 Teil-

nehmer in die Präsenzliste eingetragen sind; ihre Zahl wird sicherlich im Laufe des Tages die Ziffer 200 überschreiten. Das ist ein so zahlreicher Besuch, wie ihn der Deutsche Medizinalbeamten-Verein noch nicht gehabt hat.

III. Stellung des beamteten Arztes zur Wohlfahrtspflege.

1. H. Med.-Rat Dr. Henkel, Bezirksarzt in München, erster Referent: M. H.! Hilfreich sei der Mensch! Das Streben nach Erkenntnis, das Schaffen des Geistes in Verbindung mit dem Walten des Gemütes, des Mitgefühles bringt diese Hilfe, die Erfahrung, die Wissenschaft ordnet das Ganze.

Eine solche Ordnung zeigt die Dresdener internationale Hygieneausstellung; sie zeigt Blüten und Früchte vom Baume der Erkenntnis, den die fortschreitende Menschheit und Menschlichkeit mitfühlend, mitleidend hegt und pflegt.

Wir vergessen dabei nicht, daß das Gedeihen eines ganzen Volkes, dessen Lebensfähigkeit und Lebenstüchtigkeit von dieser Pflege abhängt, daß sie nützlich und notwendig ist. Treffend sagt Engel: „Was wirtschaftlich das Beste ist, ist auch sittlich das Edelste."

Das hindert aber nicht, daß wir in dem milden Hauche, in den warmen Farben der Alles umfassenden Liebe das Belebende, das Treibende anerkennen, das dem Werktätigen den Segen spendet.

Wie bereits betont wurde, finden wir heute eine besondere Weihe unserer Tagung in dem Umstande, daß wir in Dresden versammelt sind, der großen und schönen Stadt, die, vorbildlich auf dem Gebiete der Gesundheitspflege, in der Hygieneausstellung ein prächtiges Muster vor Augen geführt hat.

Verkörpert sehen wir den Wettbewerb der deutschen Städte und des Auslandes um den hohen Preis der Wohlfahrt, der Gesundung und Gesunderhaltung des Volkes, der Menschheit.

Was man unter Wohlfahrt und Wohlfahrtspflege zu verstehen hat, ist wiederholt in Vorträgen und Schriften erörtert worden. Ich will heute nicht auf diese theoretischen Begriffe eingehen.

Gestatten Sie, daß ich Ihnen im Bilde vorführe, wie eine Großstadt heutigen Tages in praxi für das Gemeinwohl arbeitet. Sie werden es nicht einem unangebrachten Lokalpatriotismus zuschreiben, wenn ich hierzu die Stadt wähle, deren Amtsarzt ich seit Jahren bin, die Stadt München, und die Verhältnisse darlege, wie sie im deutschen Süden bestehen.

München ist ja viel genannt und viel bekannt. Wenn man von dieser Stadt seit Jahrzehnten Gutes und Schönes rühmt, gesundheitlich ist sie früher nicht berühmt gewesen; sie war als Typhusnest verschrieen, ihre Sterblichkeit war ständig eine hohe, und wenn eine Seuche kam, wie die Cholera, so hat München fast jedes Mal seinen bösen Teil abbekommen. Gerade das Auf-

H. Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Flinzer-Plauen i. V., Schriftführer: **Vorstandssitzungen** haben in Hamburg und Goslar stattgefunden, in denen neben anderen Angelegenheiten insbesondere die Tagesordnung für die diesjährige Hauptversammlung beraten wurde.

Die **Kassenverhältnisse** haben sich auf die Zeit vom 1. April 1909 bis 31. März 1911 wie folgt gestaltet:

A. Einnahmen.

Kassenbestand am 1. April 1909	3218,94	M.
Mitgliederbeiträge	21281,—	„
Sonstige Einnahmen (Zinsen etc.)	357,92	„
Portovergütung	14.10	„
	24871,96	M.

B. Ausgaben.

Für die Zeitschrift	15324,—	M.
Sonstige Drucksachen	1717 30	„
Kosten der Hauptversammlung	823,08	„
Reisekosten für Vorstandsmitglieder, Bureau- und Portokosten.	2841.06	„
	20705,44	M.

Einnahmen	24871.96	M.
Ausgaben	20705.44	„
Kassenbestand am 1. April 1911	4166,52	M.

Der **Kassenbestand** hat sich somit wieder etwas erhöht, so daß wir mit dem bisherigen **Vereinsbeitrag** auch für die nächsten Jahre auskommen werden.

Als Vertreter des Deutschen Medizinalbeamtenvereins haben der Vorsitzende des Vereins und der Berichterstatter an dem im Oktober 1909 in Wien abgehaltenen **ersten Oesterreichischen Amtsärztekongreß** teilgenommen, um den dortigen Kollegen die herzlichsten Glückwünsche unseres Vereins zur Gründung ihres neuen Vereins zu überbringen. Der Verlauf des Kongresses war ein nach jeder Richtung hin vorzüglicher; außerordentlich liebens-würdig war auch die Aufnahme, die die Vertreter unseres Vei dort gefunden haben.

Im übrigen ist noch zu berichten, daß der Vorstand den schlusse der letzten Hauptversammlung gemäß in einer Ein dem Reichsjustizamt nochmals unsere Wünsche in bezug auf de wurf der **Strafprozeßordnung** vorgetragen und Abdrücke Eingabe auch allen Mitgliedern der betreffenden Kom Reichstages zugestellt hat. Erfreulicher Weise Wünsche auch z. T. bei den Kommissionsberatungen gung gefunden.

Vorsitzender: M. H.! Wünscht jemand Es ist nicht der Fall. — Dann bleibt uns zwei **Kassenrevisoren** übrig. Ich sch Med.-Rat Dr. **Oswaldt**-Arnstadt, der schwierige Amt zu unserer Zufriedenh Kreisarzt Dr. **Löer**-Büren. Sind Si

(Allseitige Zustii

Ehe wir in die Tagesordnung noch die erfreuliche Mitteilung mac

nehmer in die Präsenzliste eingetragen [illegible]
sicherlich im Laufe des Tages [illegible]
ist ein so zahlreicher Besuch [illegible]
beamten-Verein noch [illegible]

III. Stellung des beamteten [illegible]

1. H. Med.-Rat Dr. [illegible]
Referent: M. H.! H[illegible] ...heil-
Erkenntnis, das Schaffen [illegible] ...eute
Walten des Gemütes, [illegible] des
Erfahrung, die Wissenschaft [illegible] des

Eine solche Ordnung [illegible] ...hat im
Hygieneausstellung; sie [illegible] ...wertvolle
der Erkenntnis, den [illegible] ...undheits-
lichkeit mitfühlend, mit[illegible] ...Bedeu-

Wir vergessen dabei [illegible] ...sich eifrig
Volkes, dessen Lebensfähigkeit [illegible] ...kommen bei
Pflege abhängt, daß sie [illegible] ...das genaueste
sagt Engel: „Was wir[illegible] ...Bürgerschaft.
das Edelste.“ [illegible] oder in freien

Das hindert aber [illegible] ...der Geist wahrer
den warmen Farben der [illegible] ...den Werken der
das Treibende anerkennen [illegible] ...Mühen immerdar,
spendet. [illegible] ist wirkungslos

Wie bereits betont [illegible] ...Schaffen, angepaßt
Weihe unserer Tagung [illegible] betätigt werden kann.
versammelt sind, der [illegible] vor der Geburt des
auf dem Gebiete der [illegible] gesund zu erhalten,
ein prächtiges Muster [illegible]

Verkörpert sehen [illegible] Geburt! Ohne ihn gibt
und des Auslandes [illegible]
Gesundung und Gesund[illegible] ...ebungen, der arbeitenden

Was man unter [illegible] ...schaft und Wochenbett zu
hat, ist wieder[illegible] ...esetzliche Fürsorge. Es sind
Ich will heute [illegible] ...rungen laut geworden. Nie-

Gestat[illegible] Notwendigkeit eines solchen
Großstadt [illegible]
Sie werde[illegible] Unterstützung verdienen des-
zuschreibe[illegible] diesem Gebiet.
ich seit [illegible] ...ein Mutterschutz, gegründet
darlege. [illegible] Er will die Sicherung der

M[illegible] und den Schutz ihres Kindes,
von [illegible] ihrer Kinder verbessern;
ges[illegible] ...lassenheit und Not
T[illegible] ...den zu nehmen
[illegible] ...den Unglück-
[illegible] mit dem Brot

treten der Cholera in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts hat einen mächtigen Anstoß gegeben zu der Sanierung der Stadt. Der damalige Amtsarzt, Martell Frank, war in seinen Anschauungen über Wesen und Verbreitung der Cholera im Widerspruch mit Pettenkofer. Frank stand auf dem Boden der täglichen ärztlichen Erfahrung und erkannte deutlich, daß der cholerakranke Mensch die Quelle der Ansteckung für andere sei, während Pettenkofer der persönlichen Uebertragung weniger Gewicht beilegte und den Vorgängen im Boden und in der Luft die entscheidende Rolle zuerkannte. Das X, das unbekannte Etwas, war noch nicht entdeckt. Koch hat uns zur Klarheit und Wahrheit geführt. Aber das unsterbliche Verdienst Pettenkofers als Vorkämpfers gegen Schmutz und Elend ist dadurch nicht geschmälert; die damaligen theoretischen Widersacher Münchens kamen trotz ihrer verschiedenartigen Anschauungen zu dem gleichen praktischen Ergebnis, daß nur die gründliche Sanierung der Stadt und die Vervollkommnung der Kranken- und Wohlfahrtspflege die großen Uebelstände beseitigen könnten. 1878 wurde der allgemeine Schlacht- und Viehhof eröffnet, 1883 wurde die Hochquellenwasserleitung aus dem Mangfallgebiet in Betrieb gesetzt. Seit 1893 ist die Schwemmkanalisation durchgeführt. Insbesondere die Wasserversorgung der Stadt hat sich in zunehmender Erweiterung zu einer Anlage ersten Ranges entwickelt; im Jahre 1909 ist ein Wasserverbrauch von 240 Liter pro Kopf und Tag zu verzeichnen. Das Wasser ist von vorzüglicher Beschaffenheit und kann im heißesten Sommer noch zur Kühlung in der Küche Verwendung finden. Dabei beträgt der Abgabepreis 5 Pfg. für den Kubikmeter. Die allgemeine Sterblichkeit war bereits 1900 von 41 auf 1000 Einwohner (im Jahre 1871) auf 25 zurückgegangen.

Um die Wende dieses Jahrhunderts hat sich die Gesundheitspflege mehr und mehr der individuellen Fürsorge zugewendet; nach der allgemeinen örtlichen Assanierung ließ man den persönlichen menschlichen Verhältnissen Berücksichtigung angedeihen.

Nicht zufällig ist die Erkenntnis von der Bedeutung der individuellen Hygiene recht wach geworden mit dem Rückgang der Geburtenziffern unserer Kulturstaaten, unserer eigenen Nation. Wir sehen uns in die Notwendigkeit versetzt, Schutzpolitik für das körperliche und geistige Wohl der Staatsbürger, Rassenhygiene zu treiben. Ein Staat, der an Einwohnerzahl überhaupt, an physischer und geistiger Kraft des Einzelnen zurückgeht, geht dem Untergang entgegen. Die Statistik lehrte uns kennen, wie gerade die Verkehrszentren, die Großstädte, in der relativen Geburtenzahl zurückgehen, die größte Stadt unseres Reiches in erster Linie. Wenn das auch eine gewöhnliche Folge der Kultur, der Abweichung vom natürlichen einfachen Leben, der Uebervölkerung in dichten Häusermassen, dem schweren Kampf ums Dasein bei steigender Genußsucht ist, wenn auch unsere Landbevölkerung noch nicht in nennenswertem Maße an diesem Geburtenrückgang sich beteiligt, so muß doch bei dem ständigen

Zuwachs der Städte infolge der Landflucht, bei der bedrohlichen Ueberhandnahme der direkt und indirekt gewollten Unfruchtbarkeit die National-Oekonomie weise haushalten, um die genannten Schäden auszugleichen.

Wir wissen, wie seit Assanierung des Wohnortes die Sterblichkeitsquote unserer Städte zurückging; wir sind uns der Pflicht bewußt, fortzuarbeiten an der Gesundung des Volkes durch weitere Minderung der Sterblichkeit, durch Abwendung einer weiteren Minderung der Geburten. Das erstere scheint nach den bisherigen Erfahrungen leichter zu erreichen zu sein, aber auch dem letzteren dürfen wir nicht untätig zusehen. Das Herabgehen der Sterblichkeit könnte sonst weit früher eine Grenze finden! Man hat heute deutlich erkannt, daß alle Faktoren, alle Kreise und Klassen des Volkes zusammenarbeiten müssen, auf daß die Wohlfahrt des Ganzen und Einzelnen gedeihe. Die Staatsregierung hat im Benehmen mit sach- und fachkundigen Beratern wertvolle Direktiven in verschiedenen Zweigen der öffentlichen Gesundheitspflege erlassen; sozialgesetzliche Einrichtungen von hoher Bedeutung sind geschaffen; die Diener des Staates nehmen sich eifrig der Volkswohlfahrt an. Sie finden reiches Entgegenkommen bei den Gemeinwesen, bei der Stadtverwaltung, die ja aufs genaueste unterrichtet ist von der Lage der ihr anvertrauten Bürgerschaft. Daneben tritt der private Gemeinsinn, der einzeln oder in freien Vereinigungen wohltätige Zwecke verfolgt; auch der Geist wahrer Religion weiht sich in reiner Nächstenliebe den Werken der Barmherzigkeit. Diese echte Harmonie soll blühen immerdar, allerorten! Hier tut es kein Erlaß allein; er ist wirkungslos ohne den Vollzug, der nur in gemeinsamem Schaffen, angepaßt den örtlichen und persönlichen Verhältnissen, betätigt werden kann.

Die wahre Fürsorge setzt schon vor der Geburt des Menschen ein; sie strebt danach, die Mutter gesund zu erhalten, vor Schädlichkeiten zu hüten.

M u t t e r s c h u t z vor und nach der Geburt! Ohne ihn gibt es keinen wirksamen Kinderschutz.

Wohl berechtigt sind die Bestrebungen, der arbeitenden Frau ausreichende Hilfe in Schwangerschaft und Wochenbett zu gewähren, wo möglich durch sozialgesetzliche Fürsorge. Es sind in unseren Tagen energische Forderungen laut geworden. Niemand darf die Wichtigkeit, die Notwendigkeit eines solchen Schutzes verkennen.

Die größte Anerkennung und Unterstützung verdienen deshalb die privaten Bestrebungen auf diesem Gebiet.

In München entfaltet der V e r e i n M u t t e r s c h u t z, gegründet 1905, eine segensreiche Wirksamkeit. Er will die Sicherung der Mutter vor und nach der Entbindung und den Schutz ihres Kindes, die Lage der ledigen Mütter und ihrer Kinder verbessern; die außerehelichen Mütter sind in ihrer Verlassenheit und Not besonders der Gefahr ausgesetzt, körperlich Schaden zu nehmen und sittlich zu verkommen. Die unehelich gebärenden Unglücklichen, sagt Henriette F ü r t h, verlieren zugleich mit dem Brot

auch das Dach über dem Kopf! Wo es möglich erscheint, sollen Mutter und Kind beisammen bleiben, damit der Säugling seine natürliche Nahrung erhält und im Herzen der Frau die mütterliche Liebe und Fürsorge sich entwickelt.

In München dient hierzu das Mütterheim, eröffnet im Januar 1910; es ist noch eine kleine Anstalt, in der keine Geburten stattfinden; die aufgenommenen Mütter, zum größten Teil ledig, kommen gewöhnlich kurz nach der Entbindung mit dem Kind in die Anstalt. Das Stillen ist für jede Insassin mit Ausnahme abweichender ärztlicher Anordnung Pflicht.

Von wesentlicher Bedeutung ist die Belehrung, welche hier den Müttern für das Leben zu Teil wird. Der Verein Mutterschutz veranstaltet auch jährlich einen Kurs zur Einführung in das Vormundschaftswesen.

Dem Mutterschutz dient in hervorragender Weise der Hauspflegeverein, gegründet 1904; der Verein ist eine Wohlfahrtseinrichtung, die armen und unbemittelten Frauen Hilfe zur Aufrechthaltung des Haushaltes gewährt, die Sorge der Familienmutter erleichtern oder ersetzen soll für die Zeit, wo die Hausfrau wegen Wochenbettes oder einer anderen Erkrankung das Hauswesen nicht besorgen kann. Als Pflegerinnen stellt der Verein ältere Frauen aus dem Volke von unbescholtenem Ruf gegen angemessene Bezahlung ein. Der Verein unterrichtet die Pflegerinnen. In Ausübung ihrer Tätigkeit werden sie von Mitgliedern der Vorstandschaft kontrolliert. 13 Meldestellen in verschiedenen Teilen der Stadt nehmen die Gesuche pflegebedürftiger Familien entgegen. Der Verein stellt auch sog. Wanderkörbe zur Verfügung; seine Wirksamkeit ist nach kleinen Anfängen in fortwährendem Steigen.

Der Hauspflegeverein bezeichnet mit Recht als sein Ziel, den Gegenstand seiner Tätigkeit mit der Zeit in die Hände der Stadtverwaltung oder des Staates als gleichwertig mit anderen sozialen Organisationen, wie den Krankenversicherungen, gelegt zu sehen.

Der Staat sollte die Frau, die Mutter der zukünftigen Generation, schützen!

Durch diese Fürsorge kann die Frau des Arbeiters gesund und stark zu ihrem und der Familie Nutzen aus dem Wochenbett und von schwerer Krankheit erstehen. Wie viele kleine Leute gehen unter solchen mißlichen Umständen dem häuslichen und wirtschaftlichen Ruin entgegen!

Eine Wohlfahrtsauskunftstelle für Wöchnerinnen befindet sich seit 1908 in der Universitäts-Frauenklinik.

Auch ein Frauenverein zur Unterstützung armer verehelichter Wöchnerinnen gewährt namentlich stillenden Müttern materielle Beihilfe.

Wir Aerzte gewahren, daß die Mutter mit seltenen Ausnahmen ein gesundes Kind zur Welt bringt. Bei einer Nachschau nach wenigen Tagen bemerken wir aber oft mit Schrecken, wie rasch das Kind verfallen ist. 1/5 aller Todesfälle des ersten

Jahres entfällt auf die erste Lebenswoche, $^1/_3$ auf den ersten Monat. Das gibt uns zu denken!

In der allerersten Stunde muß die Säuglingsfürsorge einsetzen; wir müssen bestrebt sein, und mit uns die weisen Frauen, die Hebammen, das neugeborene Kind zum Säugling zu machen! Das spätere Schicksal des Kindes entscheidet sich meist in den ersten Tagen seines Lebens.

Die Fürsorge für das Stillen ist einfach dort, wo man es nicht anders weiß, wo das Stillen ebenso natürlich erscheint, wie das Gebären; aber auch in solchen Verhältnissen wird es nur ersprießlich sein, die junge Wöchnerin anzuleiten und zu belehren. Wie notwendig ist jedoch der Unterricht im Stillgeschäft, die Belehrung, die Ermahnung, in Geduld und Ausdauer die heilige Mutterpflicht zu üben in den zahlreichen, weiten Gegenden unseres Vaterlandes, wo diese natürliche Verrichtung abgekommen ist.

Das Königreich Bayern hat eine große Kindersterblichkeit; sie ist aber sehr verschieden bei den einzelnen Stämmen des Landes. In jenen Gegenden, in denen nahezu ausnahmslos gestillt wird, ist sie am allergeringsten; in den Landstrichen, in denen die Bevölkerung wenig stillt, ist dagegen die Sterblichkeit mehr oder minder groß; sie ist z. B. in Niederbayern doppelt so groß wie in der Rheinpfalz.

Genaue Erhebungen über die Ernährung an der Mutterbrust, namentlich über die Dauer dieser Ernährungsweise, zu erlangen, stößt auf bedeutende Schwierigkeiten. Auch sind gewiß noch andere Faktoren maßgebend, die klimatischen Verhältnisse, die Beschäftigung, die Wohnungsweise, die Intelligenz und Wohlhabenheit. Ich weiß das aus eigener Anschauung. Im Bezirke Erding des oberbayerischen Getreidelandes, wie im Bezirke Garmisch des bayerischen Hochgebirges war die Ernährung an der Mutterbrust gleich selten; trotzdem war die Kindersterblichkeit im Erdinger Bezirk über 30%, im Garmischer nicht 20%. Auch die Gebirgsmilch ist nicht immer ausschlaggebend; sah ich doch, als ich die erste künstliche Entbindung im Dorfe Unterzwingau bei einer Tagelöhnerin vornahm, die Querbalken der Holzwände rings umher mit leeren Büchsen für kondensierte Milch dicht belegt; die Frau konnte es sich nach ihrer Angabe nicht leisten, die Kuhmilch, die um teures Geld in die Gasthöfe und Pensionen wanderte, zu kaufen. Auch an Wohlhabenheit kann sich der Alpenbezirk nicht mit dem Erdinger Gau messen. Aber der Bewohner des flachen Landes, der Hochebene, plagt sich mit Frau und Kindern von früh bis abends, Sommer und Winter in schwerem Feldbau, in Viehzucht, Wald-, Wiesen- und Gartenwirtschaft. Die Arbeit läßt auch dem Weibe keine Zeit zu den töricht verkannten ersten Mutterpflichten. Der biedere Gebirgsbewohner lebt gemächlich; sein bekannter Gruß ist: „Lassen's Ihne Zeit". Dieses Zeitlassen pflegt er seit Jahrhunderten und hat es demgemäß auch zu einer unbestrittenen Meisterschaft gebracht; in der Regel haust die Familie 8 Winter-

monate in geräumiger warmer Stube; die Frau hat auch Zeit für ihr Kind. Der Menschenschlag im Gebirge ist durchaus nicht überall kräftiger wie in der Ebene; trotzdem stellt er mehr Militärtaugliche; denn das Leben in den Bergen ist freier; der Militärpflichtige vom Flachland ist häufig aus einem kräftigen 14jährigen, schulentlassenen Jungen ein verarbeiteter, geschwächter Mensch geworden. Auch das Klima im Gebirge ist gesünder als in der windreichen, im Winter stürmischen, im Sommer heißen Ebene.

Die Stillverhältnisse Bayerns sind ganz außerordentlich verschieden. Im Bezirke Beilngries war im Jahre 1909 zurzeit der Erstimpfung kein einziges Kind an der Mutterbrust! Im Bezirk Stadtsteinach, einer armen, rauhen Gegend Oberfrankens, wurden 98% der Lebendgeborenen gestillt; in diesen fränkischen Gegenden ist es nicht selten, daß das Stillen 1½ bis 2 Jahre währt.

Der altbayerische Volksstamm hat das Stillen fast verlernt, die Gewöhnung kann nur sehr langsam kommen und gar eine längere Stilldauer ist schwer zu erreichen, wenn auch die klinische Beobachtung volle Stillfähigkeit erkennen ließ. Die Aermeren finden keine Zeit, die Wohlhabenderen sind zu bequem; das Pflichtgefühl ist nur langsam zu wecken. So finden wir auch in der Hauptstadt München, in der die verschiedenen Volksstämme zusammen kommen, bei dem altbayerischen Gros das Stillgeschäft sehr flau.

Seit Gründung der Zentrale für Säuglingsfürsorge, die sich im Jahre 1907 als Zentrale für ganz Bayern konstituierte, ist entschieden ein frischer Zug in das Säuglingswesen gekommen; das vereinte Streben der Einzelverbände im Verein mit der staatlichen Fürsorge ist von Erfolg begleitet.

Wir finden in München ein neues stattliches Säuglingsheim, eine Musteranstalt, errichtet vom Verein Säuglingsheim, in dem kränkliche und hilfsbedürftige Kinder und stillende Mütter Aufnahme finden, ein Institut, das sich auch nach außen durch Beratungsstelle, Milchküchenbetrieb und Lehrkurse verdient macht.

Neben dem Haunerschen staatlichen Kinderspital sind das Prinzessin Arnulfhaus und das Giselakinderspital in den Dienst der Säuglingsfürsorge gestellt. Wie vielseitig wirkt eine solche Anstalt! Das Giselakinderspital z. B. ist eine Beratungs- und Aufsichtsstelle für natürlich ernährte Kinder mit Verteilung von Stillprämien; es ist ein Ambulatorium, eine Beratungsstelle für kranke Kinder, die zum großen Teil mit Arzneien und Verbandsstoffen versehen werden; es ist eine Beratungsstelle für Kost- und Waisenkinder, die von den Waisenpflegerinnen in der Anstalt vorgestellt werden. Das Spital betreibt eine Milchküche, in der trinkfertige Säuglingsnahrung auf ärztliche Anordnung abgegeben wird, unentgeltlich oder weit unter dem Selbstkostenpreis; es besitzt eine stationäre Säuglingsabteilung für schwache und kranke Kinder, die ohne Anstaltspflege dahinsiechen würden; sie werden behandelt, verpflegt, auch an der Brust ernährt. Es

besteht in der Anstalt eine Schwesterschule in ganzjährigen Kursen, auch Unterweisung und Belehrung junger Aerzte und Waisenpflegerinnen, sowie sozial tätiger Damen auf dem Gebiet der Ernährung und Pflege gesunder und kranker Säuglinge.

Seit Jahrzehnten besitzt München Krippenanstalten. Der Krippenverein München (links der Isar) allein hat 6 große Anstalten, zum Teil neu hergestellt, alle nach modernen Prinzipien geleitet. Es werden Kinder vom 3. Tage bis zum vollendeten 3. Lebensjahr unter Tages verpflegt. Die Kinder genießen volle Verköstigung, den Säuglingen wird abends und für den Sonntag die geeignete Nahrung nach Hause mitgegeben. Die Mütter werden in der Säuglingspflege unterrichtet; stillende Mütter können jederzeit ihren Kindern in der Krippe die natürliche Nahrung reichen. Die Kinder werden vor der Aufnahme ärztlich untersucht, kranke sind ausgeschlossen; innerhalb der Krippe wird räumliche Scheidung zwischen den Säuglingen und den älteren Pfleglingen durchgeführt; in jeder Krippe ist ein eigener Absonderungsraum für Erkrankte und Krankheitsverdächtige bis zur ärztlichen Untersuchung oder Abholung. Die Krippen haben Säuglingsberatungsstellen.

Ueber die Stadt sind 21 Säuglingsfürsorgestellen verbreitet. Aus öffentlichen Stiftungsmitteln werden Stillprämien gewährt. Die Säuglingsfürsorge wie die Fürsorgestellen werden nach den Grundsätzen geleitet, wie sie nach Einvernehmen der Zentrale die Staatsregierung im Ministerialamtsblatt Nr. 5, Jahrgang 1910, veröffentlicht hat.

Nach den Klagen der Kinder- und Fürsorgeärzte werden die Säuglinge häufig zu spät ihrer Aufsicht übergeben. Für kranke Säuglinge geschieht noch zu wenig.

Unentbehrlich nach allseitiger Erfahrung erscheint die Fürsorgeschwester, welche nicht nur in der Beratungsstelle Beistand leistet, sondern die Kinder in den Wohnungen aufsucht. Die Fürsorgeschwester sollte gleich nach der Geburt die Kinder besichtigen können. In München sind seit einem Jahr 4 Fürsorgeschwestern angestellt. Sie heben in ihren Berichten hervor, wie gerne und bereitwillig überall ihre Besuche aufgenommen wurden, wie gewissenhaft ärztlicher Rat eingeholt wurde, wie stolz die Mütter auf ihre wohlgepflegten Säuglinge wurden.

Ueber die minderjährigen Waisen wacht das Vormundschaftsgericht; dem Gericht zur Seite steht der Gemeindewaisenrat, ein Organ der Gemeinde. Dem Waisenrat obliegt die Anzeige der Fälle, in denen eine Vormundschaft veranlaßt ist, die Mitteilung von Mängeln und persönlichen Vorkommnissen. Der Waisenrat unterstützt den Vormundschaftsrichter. Frauen wirken als Gehilfen der Waisenräte, als Waisenpflegerinnen. Sie würden sich wohl ebenso wie die Männer zu Waisenräten eignen. Die Aufsicht über Kinder und Mädchen würde von der Frau ebenso gut besorgt! In München sind 450 Waisenräte und 400 Waisenpflegerinnen tätig; letztere sind im Verband der Waisenpflegerinnen vereint zur Förderung der Waisenpflege und ihrer eigenen Ausbildung.

Seit 1. Januar 1911 ist auch in München die Berufsvormundschaft eingeführt. Ein Beamter der Gemeinde ist als Berufsvormund über uneheliche Minderjährige bestellt, die in einer von ihm gewählten Familie oder Anstalt oder in der mütterlichen Familie erzogen und verpflegt werden; ihm ist eine besoldete Pflegerin beigegeben; er verwendet 25 Pflegerinnen und vermittelt mit diesen die Hilfe der Säuglingsfürsorgestelle, den Beistand von Arzt und Rechtsanwalt, auch die Plätze für Kostkinder. Gegen gewissenlose Väter wird rücksichtslos vorgegangen; es ist kein moralischer Schaden, wenn hierdurch das Verantwortlichkeitsgefühl im geschlechtlichen Verkehr geweckt und gesteigert wird (Grieser).

In München fallen jährlich an 3000 Vormundschaften an; hiervon betreffen mindestens $^3/_4$ uneheliche Kinder. Die Aufsicht über die Kostkinder ist staatlich geregelt und steht der K. Polizeidirektion zu. Es sind über 2500 Kostkinder in München; eine weitere große Zahl ist in der näheren und ferneren Umgebung der Stadt untergebracht. Die ärztliche Ueberwachung obliegt den Königl. Bezirksärzten; für die regelmäßige Besichtigung der Neuaufzunehmenden und der die Wohnung wechselnden Kostkinder ist in München ein eigener Polizeiarzt bestellt. Auch hierfür sollten besoldete Aufsichtsdamen tätig sein; gegenwärtig sind es die Waisenpflegerinnen, die Kostkindernachschau halten. Die Kostkinder werden im allgemeinen — abgesehen davon, daß sie nun einmal Mutterbrust und Muttersorge entbehren — gut gepflegt — aus bekannten Gründen; ihre Sterblichkeit ist daher gering. Diese statistische Erhebung ist jedoch freilich von beschränktem Werte; denn im ersten Lebensmonate, in dem die ansehnlichste Zahl der Säuglingstodesfälle erfolgt, sind die Kostkinder noch nicht behördlich registriert; kranke kommen auch meist bald vom Kostplatz weg.

Für die Aufnahme kranker Kostkinder in Anstalten sollte noch reichlicher gesorgt sein. Es ist geplant, die Aufsicht der Kostkinder der Stadtgemeinde zu übertragen und das ärztliche Personal zu vermehren; letzteres ist sehr dringlich.

Eine wichtige Aufgabe für das Staats- und Gemeindewesen ist die Fürsorge für die gefährdete und verlassene Jugend. Verwahrloste erzeugen wieder Verwahrloste; in den Abkömmlingen vervielfältigen sich die Gebrechen der Eltern (Grieser).

Ohne die gute alte Zeit, die wir ja doch nicht genau kennen, über Gebühr zu loben, kann sich niemand der Ueberzeugung verschließen, daß die Kultur der Gegenwart neben hellem Licht auch dunkle Schattenseiten hat. Das Wissen nimmt gewaltigen Aufschwung, die eigentliche Bildung, die man nicht einfach lernen kann, die Gesittung geht namentlich in der Großstadt zurück. Das Leben der Familie ist viel gelockerter wie auf dem Lande. Die Erziehung in der Familie, die Zucht, hat bedenklich nachgelassen; die Affenliebe der Eltern erinnert sich nicht mehr der eigenen Kinderjahre. Frühreif verfällt die Frucht der Verderbnis.

Die öffentliche Fürsorge hat da leider häufig einzutreten;

sie geschieht durch die Vormundschaft, die Zwangserziehung und das Jugendgericht. Die Zwangserziehung, das äußerste Zuchtmittel, welches der Staat zuläßt, besteht in der Unterbringung Minderjähriger in einer Familie oder in einer Besserungsanstalt auf öffentliche Kosten.

Seit der Einführung des Zwangserziehungsgesetzes bildet das Jugendgericht den wichtigsten Fortschritt in der Jugendfürsorge. Der straffällige und verwahrloste Jugendliche wird vom Jugendrichter behandelt; er wird verurteilt, die Vollstreckung der Strafe wird aber in der Regel ausgesetzt; zur Verhütung des Rückfalles wird der Verurteilte in geordnete Verhältnisse gebracht. Diese Aufgabe kann das Jugendgericht allein nicht erfüllen. Die Jugendgerichtshilfe ist so notwendig, wie das Jugendgericht selbst.

In München haben sich alle Kräfte dieser Jugendgerichtshilfe vereinigt im Jugendfürsorgeverband. Dieser hat sich die größten Verdienste erworben; er ist mit der Waisenpflege in ständiger Fühlung und hat sich auch die Aufgabe gestellt, der Verwahrlosung vorzubeugen. Beim Jugendgericht sieht man ja alltäglich, wie oft alle soziale Bemühung zu spät kommt.

In München sind von den Jugendfürsorgevereinen mehrere Anstalten zu vorläufiger Unterbringung gefährdeter oder verwahrloster Minderjähriger gegründet worden; die frequenteste ist die Sammel- und Beobachtungsstelle des katholischen Knabenheimes. Das Heim behält auch Obdachlose bis zur Erlangung einer geeigneten Unterkunft, die Straffälligen bis zur Beendigung des Strafverfahrens und Sicherung weiteren Fortkommens, die Zwangserziehungszöglinge bis zur endgiltigen Unterbringung in einer Anstalt, einer Familie oder Lehre.

Grieser sagt zutreffend: „In viele Kinderseelen brachte die Jugendfürsorge zum ersten Mal einen freundlichen Lichtstrahl.“

Nicht weniger als 40 Aerzte haben kostenlos ihre Zeit und Arbeit zur Untersuchung straffälliger Jugendlicher zur Verfügung gestellt. Bestehen auch nur leise Zweifel an der geistigen Gesundheit und Einsicht, so wird eine sachverständige Untersuchung herbeigeführt; auch die amtlichen Aerzte werden in zahlreichen Fällen behördlich zugezogen.

Auf das Walten der gesamten öffentlichen und privaten Armenpflege der Großstadt können wir nicht näher eingehen. München zahlt an 9000 Einwohner, davon 6000 Erwachsene, fortdauernde Unterstützung. Im Jahre 1910 sank die Zahl der Armen etwas. München besitzt eine größere Zahl gut eingerichteter, zum Teil neuer monumentaler Wohltätigkeitsanstalten. Seit 1907 besteht eine Auskunftsstelle für Wohltätigkeit und Armenpflege als gemeindliche Anstalt; sie verfügt über 30000 Karten, auf denen die Verhältnisse Bedürftiger vermerkt sind. Um Zersplitterung und Vergeudung von Mitteln zu vermeiden, hat die öffentliche Armenpflege, welche bisher schon mit allen Armenfürsorgestellen in Verbindung stand, in jüngster Zeit weitere Schritte getan; sie ist durchdrungen von der Absicht, nicht nur

zu geben, sondern, wo immer möglich, dem Bedürftigen zu helfen, daß er sich selbst helfen kann.

Neben den großen älteren öffentlichen Krankenhäusern erstand eine Musteranstalt in dem großen Schwabinger Krankenhaus, das mit einem Kostenaufwand von 14 Millionen gebaut wurde und 1200 Kranke fassen wird. Die Krankenabteilungen sind dreigeschossige Bauten, die sämtlich mit der Front nach Süden gerichtet sind. Die Art der Bauweise entspricht dem Zwecke und den Münchener klimatischen Verhältnissen.

Wenn man von sozialer Fürsorge spricht, muß man wenigstens gedenken der großen staatlich eingeführten Institute der Kranken-, Unfall- und Altersversicherung; sie haben sich mächtig entwickelt und soeben in der Reichsversicherungsordnung eine neue gemeinsame Fassung erhalten. Besonders hervorzuheben ist die Anteilnahme der Versicherungsanstalten an einer Reihe von gemeinnützigen und sanitären Unternehmungen und die Uebernahme des Heilverfahrens in großem Maßstab. Wer würde nicht anerkennen, daß die Verhütung der Invalidität die höchste Leistung darstellt, und doch soll man darauf achten, daß der eigentliche Zweck der Einrichtung, die Rentengewährung, nicht zu kurz komme. Eine allmähliche Erhöhung des monatlichen Lebenszuschusses liegt auch im Interesse der Familie; eine Uebernahme des Heilverfahrens ins Uferlose widerstreitet dem Buchstaben und Sinn des Gesetzes.

Wenden wir uns zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, so sehen wir allenthalben im Reiche regste Tätigkeit. Das Reichsgesetz und die Ausführungsbestimmungen zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten können als vorzüglich bezeichnet werden, und die gesetzlichen Bestimmungen zur Bekämpfung der übrigen ansteckenden Krankheiten, nunmehr in fast allen Bundesstaaten gleichartig, sind ebenfalls wohl durchdacht und geeignet, den alten menschlichen Erbfeinden gewaltig Abbruch zu tun.

Unverkennbar ist auch die Abnahme der Seuchen und Infektionskrankheiten; selbst eingewurzelte Kinderkrankheiten, wie Scharlach und Diphtherie, zeigen eine bedeutsame Abnahme ihrer Bösartigkeit. Die Mortalität der beiden schwankt nach der Zusammenstellung der Münchener Volksschulen zwischen 2 und 3 Prozent der Erkrankungen; sie ist selbst in Kinderspitälern nicht viel höher.

Der Typhus ist in München eine seltene Krankheit geworden. München besitzt eine neue bakteriologische Untersuchungsanstalt. Neben den Desinfektionseinrichtungen öffentlicher Krankenhäuser ist eine zeitgemäß ausgestattete große Desinfektionsanstalt im April 1909 dem Betrieb übergeben worden; sie steht in umfangreicher Benutzung.

Die Bekämpfung der Lungentuberkulose, dieser Geißel der Menschheit, wird in der Großstadt mit regem Eifer betätigt. Der Staat widmet diesem Zweige der Fürsorge alle Aufmerksamkeit. Im verflossenen November wurde in München der bayerische

Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose gegründet; der Verband verfolgt nach seiner Satzung den Zweck, die Tuberkulose als Volkskrankheit in planmäßiger und einheitlicher Weise, jedoch unter Wahrung der Selbständigkeit der einzelnen, dem gleichen Zwecke dienenden Einrichtungen zu bekämpfen. Er sammelt insbesondere die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung und praktischer Erfahrung auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung, sucht die hiernach geeigneten Maßregeln im Zusammenwirken mit ländlichen und städtischen Behörden, mit Vereinen, Gesellschaften und Einzelpersonen durchzuführen und zu diesem Zwecke Geldmittel aufzubringen. Erst im Juni d. J. mahnte die Königl. Staatsregierung unter Hinweis auf die reichlichen Mittel, die zur Verfügung stehen, die Fürsorgestellen immer weiter in den Verwaltungsbezirken auszudehnen und schloß: „Da die Tuberkulose überall verbreitet ist und unterstützungsbedürftige Lungenkranke nirgends fehlen, so ist für jene Bezirke, in welchen Fürsorgestellen für Tuberkulose noch nicht bestehen, bis längstens 15. Juli zu berichten, welche Hindernisse der Einrichtung entgegenstehen."

In der Tat haben sich die Fürsorgestellen bei Bekämpfung der Tuberkulose am meisten bewährt.

Der Münchener Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose, aus welcher der bayerische hervorgegangen ist, ist seit Jahren mit Erfolg bemüht, seiner edlen Aufgabe gerecht zu werden.

Der Leiter, Hofrat May, hat das ausgezeichnete Geschick, mit scharfem Blick für die gegebenen Bedürfnisse in nimmermüdem Streben auch namhafte Mittel aufzubringen. Die Münchener Fürsorgestelle ist in vollem Gange und übt im eigenen Hause ihre Tätigkeit aus. Diese besteht in Untersuchung, in Beratung der Hilfesuchenden, in Ermittelung der Lungenkranken, in materieller Unterstützung der Erkrankten und Bedrohten, in Belehrung der Bevölkerung. Eine eigentliche ärztliche Behandlung findet in der Fürsorgestelle nicht statt. Die Kranken werden ärztlicher Hilfe zugewiesen, sowie den Lungenheilstätten und Sanatorien, wie sie die Ortskrankenkassen in der Nähe Münchens in Kirchseeon und Schonstett, die Stadt München in Harlaching, andere Verbände in Planegg und Oberölkofen errichtet haben.

Die Versicherungsanstalt für Oberbayern unterstützt und übernimmt in weitgehendem Maße das Lungenheilverfahren. Der Münchener Verein zur Bekämpfung der Lungentuberkulose selbst eröffnete bereits 1904 die Walderholungsstätte für Frauen in Holzapfelkreuth, unmittelbar an der Stadtgrenze. Die Anstalt liegt inmitten eines der Stadt gehörigen Nadelholzwaldes und nimmt auf Anweisung der Fürsorgestelle Privatpatienten und Kassenmitglieder auf. Im Sommer 1910 wurden 803 Kranke verpflegt.

Im Jahre 1908 eröffnete der Verein die Abelsche Kinder-Erholungsstätte mit Waldschule.

Es darf wohl die erfreuliche Kunde erwähnt werden, daß der Regent aus der Luitpold-Landesspende 500 000 Mark zur Errichtung einer Landesheilstätte für tuberkulöse Kinder bestimmt hat.

So wird es in allseitigem Bestreben auch gelingen, die Gewalt des unerbittlichen Feindes einzudämmen, der fast alle Menschen schon in der Jugend anfällt, der in den Wohnungen haust, dessen Keime das kriechende Kind aus dem Schmutz aufklaubt und in den zarten Körper, in Drüsen und Organe verschleppt, der keinen Stand, kein Alter verschont. Bei der Organisation der Tuberkulosenbekämpfung hat man wieder erkannt, daß die Beteiligung des weiblichen Geschlechtes in der Gestalt ausgebildeter Fürsorgeschwestern unerläßlich ist.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Vorsorge und Fürsorge für unser Volk in dieser Hinsicht sind von großer Tragweite. Es ist ein schwieriges Kapitel, dessen Behandlung wohl nie alle Interessenten voll befriedigt. Seine Wichtigkeit erfordert aber stete Arbeit.

Die Gonorrhoe hat allenthalben, besonders im nördlichen Deutschland, eine weite Verbreitung, die Syphilis ergreift gerade die Blüten der sog. gebildeten Klassen und bewirkt nicht nur eine hohe Krankheitsziffer, sondern auch eine Sterblichkeit, deren Höhe man bisher unterschätzt hat. Die Berechnungen der Lebensversicherungsgesellschaften haben gezeigt, daß gerade vor dem 50. Lebensjahr Syphilitische doppelt so häufig an Krankheiten der Zirkulationsorgane sterben, als der Durchschnitt der Versicherten. Noch häufiger treten als Todesursache Apoplexie, Psychose, Paralyse, Rückenmarksleiden auf.

Mit Recht betont die bayerische Staatsregierung in einer Entschließung vom Februar d. J., daß auf die Belehrungen der Jugend durch Vorträge für Hochschüler, kaufmännische und Arbeitervereine, auf die Verbesserung der Erwerbslage der weiblichen Bevölkerung und aller einschlägigen sozialen Verhältnisse Bedacht zu nehmen ist. Hier gilt es, die Sittlichkeit zu heben und die Gelegenheit zur Verführung nach Kräften abzuhalten. Unentgeltliche, unauffällige Hilfe sollte bei Geschlechtsleiden geboten werden. In München haben wir erfahren, daß diese unentgeltliche Hilfe bei den hierzu erbötigen praktischen Aerzten leider wenig in Anspruch genommen wurde, auf diesem Wege wurde nicht viel erreicht, mehr durch die unentgeltliche Behandlung in der Klinik und Poliklinik, in den Ambulatorien und Krankenanstalten unter Zuhilfenahme der Mittel der Versicherungsanstalt. Gewährung unentgeltlicher Heilmittel wird sehr nützlich sein!

In München besteht die polizeiliche Reglementierung nach altem französischen Muster, die Registrierung der Prostituierten, die regelmäßige bezirksärztliche Untersuchung und zwangsweise Behandlung bei Geschlechtskrankheiten. Bordelle sind nicht geduldet. Diese regelmäßige Prostitutionsaufsicht wird nur über Personen verhängt, die selbst ihre Einschreibung beantragen.

Eine grundlegende Neuregelung der Vorschriften über die Ueberwachung wie auch über das Wohnungswesen der Prostituierten kann erst erfolgen, wenn eine Aenderung der einschlägigen Bestimmungen des Reichsstrafgesetzbuches eingetreten ist. Bis dahin muß allgemeine strenge polizeiliche Ueberwachung und

insbesondere die schleunige Unterbringung geschlechtskranker Personen in Krankenhäusern stattfinden. Gefährlich sind die jungen Anfängerinnen der Prostitution; gerade dieser kann man aber polizeilich schwer habhaft werden.

Mit Recht betrachtet die Wohlfahrtspflege als eine wichtige Aufgabe die Bekämpfung der Trunksucht. Es läßt wohl keinen besonnenen Deutschen gleichgiltig, wenn er hört, daß die Gesamtausgaben für alkoholische Getränke gegen 3 Milliarden alljährlich betragen.

Sicher ist, daß die Trunksucht in den allermeisten Fällen die Hauptursache der Verarmung ist. Wieviel Not und Elend, welche Fülle der Leiden bringt der rohe Trinker über die Ehefrau, der er männlichen Schutz gelobte, über die Kinder, deren junge Tage vergällt sind durch Eindrücke, die sie zeitlebens nicht mehr los werden.

Vom ärztlichen Standpunkte müssen wir vor allem beklagen die körperliche und geistige Verkommenheit, den Verfall des Individuums selbst, das sich, seine Rasse, sein Volk vergiftet. Alkoholismus und Syphilis vererben ihren Fluch auf Glied um Glied.

Zelle nennt als Hauptursache für die Verbreitung des Alkoholismus die Ungunst der sozialen Verhältnisse der arbeitenden Klassen, denen die gebildeten Kreise leider nicht immer ein gutes Beispiel durch Mäßigkeit geben. Freilich sind es die alten und jungen Deutschen im allgemeinen, die immer noch eines tranken; es ist Volksgebrauch und Sitte, und der Unverstand sieht eine Quelle von Kraft in den alkoholischen Getränken. Auch in München werden in absehbarer Zeit die alkoholfreien Getränke nicht die Oberhand gewinnen. Mehr getrunken wie früher werden sie aber auch da; es ist deshalb nicht zu billigen, daß sie in Gasthäusern so unverschämt teuer abgegeben werden.

Für das Volk im allgemeinen müssen wir nach Mäßigkeit trachten. Der Säufer wird nur durch Abstinenz geheilt; er ist eine öffentliche und private Gefahr, ein gemeingefährlicher Mensch; gegen ihn sollte auch auf gesetzlichem Wege strenger vorgegangen werden können. Nach dem Gesetz kann der Trinker nur entmündigt werden auf Antrag seiner Angehörigen. Wie wenig diese trotz aller Mißhandlungen bereit sind, einen solchen Antrag zu stellen, kann der Amtsarzt häufig erfahren, der einen Trinker glücklich in einer Anstalt unterbrachte. Bereits nächsten Tages wird er von seinen Angehörigen im Triumph abgeholt! Der Staatsanwalt hat bei der Entmündigung gewöhnlich nicht mitzureden. Der Nutzen der Entmündigung besteht aber in der wirtschaftlichen Sicherstellung und in der Möglichkeit, den Trinker zur Anstaltsbehandlung zu zwingen.

Wir haben in München 14 Vereine, die Enthaltung von geistigen Getränken oder Mäßigkeit auf ihre Fahne geschrieben haben; darunter auch den Bezirksverein München des deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke.

Wir haben eine Trinkerfürsorgestelle mit einem ärzt-

lichen Leiter und Helfern, die ärztlich unterrichtet sind. Die Wohlfahrtsstelle nimmt Anmeldungen über Trunksüchtige entgegen, stellt deren persönliche Verhältnisse fest und besorgt häusliche Besuche, wie Belehrung durch die Helfer und deren Beispiel. Wo bei dem Trinker jeder Zuspruch versagt, muß die Trinkerheilstätte daran kommen. Einflußreiche Männer sind zur Zeit bemüht, die Staatsregierung zur Errichtung einer Heilstätte für München zu gewinnen.

Besonders bedeutungsvoll ist die Belehrung der Jugend. Principiis obsta! Wir müssen auch die Lehrer heranziehen, damit sie wieder dem Volke lehren. Das Münchener Kindl muß beherzigen, daß auch das bayerische Nationalgetränk zu früh und viel genossen sehr schädlich wirkt. Wenn auch die Delirien des Schnapssäufers in unseren Krankenanstalten fehlen, so entartet der Biertrinker von Profession nicht minder gründlich durch Herzerschlaffung und Verblödung; auch die übrigen Organe verderben; kein gewerblicher Stand liefert der Lungentuberkulose mehr Opfer aus, wie die Braugehilfen, die kaum mehr essen, von früh bis abends aber den Trunk pflegen.

Die cura regia, ein herrliches Ziel der Wohlfahrtspflege, ist die Verbesserung des Wohnungswesens. Wie man wohnt, lebt man; nur eine menschenwürdige Wohnung gewährt auch ein menschenwürdiges Dasein. Eine gesunde und geordnete Wohnung ist die Grundlage eines gedeihlichen Familienlebens.

Nicht nur die Kellerwohnungen sind ungesund, auch die dunklen, engen Kleinwohnungen, schlecht geheizt und schlecht gelüftet, verkümmern das Dasein. Der Arme friert und modert bei lebendigem Leibe. Unser Heim soll unsere Heimat im Kleinen sein. Nach den umfassenden Wohnungserhebungen, wie sie im letzten Jahrzehnt in München stattgefunden haben, besteht eine Wohnungsnot. 30 % der Gesamtbevölkerung lebt in 1- und 2räumigen Wohnungen, 48 % in 1 bis 3räumigen; in den Arbeitervierteln steigen diese Sätze auf 52 bis 77 %. 80 000 Münchener wohnen in Teilwohnungen, die ungenügend abgeschlossen und ungenügend mit Nebenräumen versehen sind. Die Untermiete ist überaus häufig, die Wohn- und Schlafräume sind überfüllt, $^1/_4$ aller Münchener haben weniger als 15 cbm Schlafraum. Sogar das Bett, das Tausende entbehren, erhält der Untermieter und Schlafgänger; die Familienglieder richten sich am Boden eine Schlafstelle ein.

Es ist ein schwacher Trost, daß es in anderen Großstädten nicht besser ist. Von $^1/_2$ Million besetzter Wohnungen, die Berlin 1905 zählte, hatte die Hälfte nur ein einziges heizbares Zimmer, rund $^1/_7$ war ohne Küche. Ueber $^1/_3$ aller bezogenen Wohnungen bestand lediglich aus einem heizbaren Zimmer mit Küche; auch Einzimmerwohnungen beherbergen noch Schlafgänger und Mieter.

Mit der Wohnungsnot wächst auch der Aufwand der Armenpflege. Schlechte Wohnungen sind eine ernste Gefahr für die Sittlichkeit. Prof. v. Gruber, dessen reiches Arbeitsfeld mit besonderer Vorliebe dieses Hauptgebiet der Hygiene umfaßt,

schildert die Gefahren in treffender Weise und zeigt Mittel und Wege zur Abhilfe.

Mit wahrer Freude wurde die Gründung des bayerischen Landesvereins zur Förderung des Wohnungswesens begrüßt, die am 16. Mai 1909 im altehrwürdigen Rathaussaale erfolgte. Der Verein hat den Zweck, auf eine Verbesserung des Wohnungswesens, namentlich des Kleinwohnungswesens hinzuwirken und sucht diesen Zweck zu erreichen durch Schaffung einer Zentralstelle, Auskunftsstelle, durch Verkehr mit Behörden, Vereinen und Privaten, durch Ausgabe von Schriften, Veranstaltung von Versammlungen und Vorträgen, Ausstellungen, durch Förderung der gemeinnützigen Bautätigkeit, Unterstützung aller sozialen und wohltätigen Bestrebungen zur Bekämpfung der Wohnungsnot und durch Errichtung von Zweigvereinen.

Alle Stände der Bevölkerung nahmen an der Gründung des Vereins lebhaften Anteil. Mit Spannung und Beifall folgte im Jahre 1910 eine zahlreiche Versammlung des Vereins der bedeutsamen Rede des Grafen Posadowsky: „Die Wohnungsfrage als Kulturproblem". Der Redner schilderte die Gefahren der Uebervölkerung und Wohnungsnot, begründete die Notwendigkeit, daß Staat und Gemeinde eine andere Grundstückspolitik einschlagen müssen, und schloß mit der beherzigenswerten Mahnung: „Eine Politik, die dahin strebt, allen Gesellschaftsklassen den bestehenden Staat als das höchste Besitztum des Volkes wert zu machen, wird auch die Liebe zum Vaterland und zur Heimat stärken, die tiefste Wurzel jeder Großtat in der Geschichte der Völker."

Wie bei allen Unternehmungen überhaupt ist es eben das Geld und wieder das Geld, dessen Beschaffung einzig das volle Gedeihen geben kann. Gerade in der Wohnungsfürsorge ist aber die rechtzeitige Hilfe die rechte Sparsamkeit. Die Stadtgemeinde München hat seit 1909 sehr viel zur Förderung des Kleinwohnungsbaues getan. Es wurden 8 Millionen Mark zur Verfügung gestellt, darunter fast 1 Million für Kleinwohnungen städtischer Beamten und Bedientesten. Nach dem Vorgang anderer deutschen Städte erhält München nunmehr ein gemeindliches Wohnungsamt und einen Nachweis für alle Wohnungen bis zu 4 Zimmern nebst Nebenräumen. Dem Wohnungsamt ist ein Ausschuß beigegeben, in welchem auch der Bezirksarzt Mitglied ist.

Wie könnte ich in der heute zugemessenen Zeit alle Vereinigungen und Verbände nennen, die in einer Großstadt, so auch in München, auf dem weiten Gebiet der Wohlfahrtspflege tätig sind, auf alle Zweige der Fürsorge eingehen, die sich entwickelt haben. Wie viel ist nur auf dem Gebiete des Unterrichts- und Erziehungswesens geschehen; auch das Institut der Volks-Schulärzte, deren München 21 im Nebenamte hat, ist ein Fürsorgeamt. Ihr Wirken untersteht der Aufsicht des Amtsarztes. Auch das Fortbildungs-Schulwesen, die Fürsorge für die Schulentlassenen, die Stiftungen der Wohltätigkeit, der Unterstützung in allen Lebenslagen, die gemeinnützigen Anstalten zur Förderung der

Gesundheit (Volksbäder, Erholungsstätten), zur Aufklärung (Arbeitermuseum, Volksbibliotheken), die Erziehungs- und Bildungsheime für Blinde, Taubstumme, Krüppelhafte, kann ich nur erwähnen. Im Müllerschen Volksbad allein wurde 1910 gegen eine Million Bäder abgegeben.

Das Rote Kreuz ist in München hoch angesehen und in 3 großen Organisationen tätig; der bayerische Landeshilfsverein vom Roten Kreuz sorgt im Frieden für den Krieg und verzweigt sich in seinen Gliedern über das ganze Land; nicht minder der Frauenverein vom Roten Kreuz der in Stadt und Land tätig ist, zum Kriegssanitätsdienst vorbereitet, in den verschiedensten Zweigen der Gesundheitspflege unablässig mitwirkt, alle Wohlfahrtseinrichtungen, besonders auch die Säuglingspflege und Krankenfürsorge, unterstützt. Das Mutterhaus des Frauenvereins vom Roten Kreuz bildet eine Reihe von Schwestern für Krieg und Frieden aus. In der mit dem Mutterhaus in München verbundenen Heil- und Pflegeanstalt erhalten sie gründliche praktische Unterweisung für ihren Beruf; das Mutterhaus verfügt über 50, der Frauenverein über 500 Schwestern, deren größter Teil auf 85 Außenstationen wirkt. Es werden auch Landkrankenpflegerinnen ausgebildet.

Als dritte Korporation wirkt in München die freiwillige Sanitäts-Kolonne vom Roten Kreuz, die sich mit der Münchener Rettungsgesellschaft seit 1896 in die Aufgabe teilt, Krankentransporte und die erste Hilfe bei Unglücksfällen und plötzlichen Erkrankungen zu besorgen. Beide Institute halten Tagesdienst; es sind Unfalldepots in einzelnen Stadtbezirken errichtet, die Sanitätswachen stehen unter ärztlicher Leitung und Kontrolle.

Endlich möchte ich noch besonders hinweisen auf die zehnjährige Wirksamkeit des deutschen Vereins für Volkshygiene in München, dessen Vorsitzender seit Gründung Rechtsrat und Reichstagsabgeordneter Woelzl ist; der Verein steht in enger Verbindung mit allen Fürsorgeverbänden und wirkt gemeinnützig durch intensive Belehrungsarbeit, Anträge und Anregungen bei den Behörden und Schaffung praktischer Einrichtungen (Koch- und Haushaltungskursen, Milchschankstellen und dergleichen).

Und blicken wir nun auf die statistischen Ergebnisse der letzten 11 Jahre, so können wir feststellen:

Die allg. Sterblichkeit Münchens betrug auf 1000 Einw.:	1900:	25,1
	1905:	20,1
	1910:	15,0
Die Säuglingssterblichkeit	1900:	10,8
	1905:	7,0
	1910:	3,9
Von 100 Sterbefällen überhaupt fielen auf das 1. Lebensjahr	1900:	42,8
	1905:	34,1
	1910:	24,4
Von 100 Lebendgeborenen starben im 1. Lebensjahre	1900:	30,1

Von 100 Lebendgeborenen starben im 1. Lebensjahre: 1905: 22,6
1910: 16,5

Die Sterblichkeit an Lungentuberkulose betrug auf
1000 Einw.: 1900: 3,2
1905: 2,9
1910: 2,0

Die Sterblichkeit fast sämtlicher Infektions-Krankheiten ist in ständigem Abnehmen.

Wenn wir den Aufschwung des Fürsorgewesens in unserer Zeit als erfreulichste Erscheinung des öffentlichen und privaten Lebens begrüßen dürfen, so kann uns nicht entgehen, daß der ärztliche Stand es ist, dem ganz vornehmlich die Pflicht der Teilnahme und Führung obliegt, der aus und in der Wohlfahrtspflege an Bedeutung, an Ehre und Verantwortlichkeit zunimmt. Der Arzt wird mehr und mehr Erzieher des Volkes; kaum eine Wohlfahrtseinrichtung kann gedeihen ohne seine Mitwirkung, ja ohne seine Anregung und Beratung.

Der Arzt ist es, der das Wohl und Gedeihen der Säuglinge behütet; er ist Vater und Helfer des Kindesalters, der Kinder vor und im schulpflichtigen Alter. Die Schäden und Gefahren der Jugend soll er hintanhalten, das heranwachsende Geschlecht bis zur Militärpflicht des Knaben, bis zur Heiratsfähigkeit der Mädchen soll er als Schul- und Fürsorgearzt nie außer Acht lassen; die dienende und arbeitende Bevölkerung beobachtet und behandelt er als Kassen- und Anstaltsarzt; er sieht den Einfluß des Berufes, der Lebensarbeit; er steht helfend und begutachtend zur Seite den Kranken- und Unfallverletzten, dem Invaliden, Gebrechlichen und Ruhebedürftigen. Als Hausarzt waltet er in den Familien.

Mit dem wachsenden Einfluß wird der Arzt am empfindlichsten treffen das Pfuschertum, den großen Schädling am Volkswohlstande.

Der Arzt steht mitten im Volk, alle Warnungen und Lehren aus der Ferne nützen nichts im Vergleich mit dem lebendigen Worte des großen Volksfreundes.

Mehr wie früher besteht bei der wachsenden Bevölkerung, bei dem Hasten und Treiben des Tages für den praktizierenden Arzt die Gefahr, im Drange der Behandlung zahlreicher Krankheitsfälle die Prophylaxe zu vernachlässigen. Und doch ist der Arzt, der sie nicht pflegt, ein schlechter Hausarzt, selbst wenn er ein berühmter Mann geworden ist. Nur der sorgt für das Wohl der Menschheit, wie es dem Arzt geziemt, der sich der Verhütung der Krankheiten annimmt, der nicht nur den Kranken, sondern auch den Menschen in allen Lebenslagen behandelt.

Der moderne Arzt kann sich den modernen Bestrebungen für das Wohl des Volkes gar nicht entziehen, ohne standesunwürdig zu handeln!

Jeder Arzt ist berufener gelernter Hygieniker!

Was der Amtsarzt zu tun hat, besagt zunächst seine Dienstanweisung. Sowohl in der preußischen, wie in dem Entwurf der bayerischen ist neben den allgemeinen und besonderen Amts-

pflichten auf die Betätigung der Wohlfahrtspflege namentlich verwiesen.

Der Amtsarzt hat, nach der Dienstanweisung, als staatlicher Gesundheitsbeamter die gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises zu beobachten, auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken, mit den Aerzten in stetem Verkehr zu bleiben. Seine Ortsbesichtigungen haben sich auf alle für das öffentliche Gesundheitswesen wichtigen Verhältnisse und Einrichtugen zu erstrecken; er hat gemeinnützige Bestrebungen anzuregen und zu unterstützen. Die Wohnungshygiene, die Bekämpfung des Alkoholismus, die Beteiligung an der Ueberwachung der Prostitution, die spezielle Fürsorge für das Schulwesen, für das Säuglingswesen, für Krankenfürsorge und die Bekämpfung sozialer Schäden und Uebel ist ihm in besonderen Ausführungen zur Pflicht gemacht.

Der Amtsarzt ist der praktische Hygieniker im Hauptamt, der Spezialist hierfür. Sein Beruf ist die Beobachtung und Ueberwachung aller hygienischen und sanitären Verhältnisse von Amtswegen, die Beratung der Behörden und der Bevölkerung in diesen Angelegenheiten, die Initiative, die Anregung von Verbesserungen und Abstellung von Mißständen, der Vollzug oder die Ueberwachung des Vollzuges aller Bestimmungen im Staatsmedizinalwesen, die für die Pflege der Gesundheit und des Volkswohles erlassen sind. Der Amtsarzt arbeitet für den Staat, für die Gemeinde, für die Einzelnen aus dem Volke.

Es ist wahrlich nicht leicht, sich in dieses umfangreiche Gebiet einzuarbeiten. Das muß aber geschehen, der Amtsarzt muß es unbedingt beherrschen. Dann ist sein Schaffen ein vornehmes und einflußreiches. Wie sich der Amtsarzt zur Wohlfahrtspflege stellt, ist wohl aus meinem Vortrag im Zusammenhalt mit den zugewiesenen Amtspflichten ersichtlich. Es wäre der Erörterung wert, wie er sich in jedem einzelnen Zweige der Wohlfahrtspflege betätigen soll.

Jegliche Art der Fürsorge ist wichtig. Die lokalen Verhältnisse sind aber oft grundverschieden. In der einen Stadt sind bereits umfassende staatliche oder gemeindliche Einrichtungen getroffen, in dem einen Kreise besteht ein besonderes Bedürfnis für die Säuglingspflege, in einem anderen Bezirke ist die Tuberkulose, der Alkoholismus dringlicher zu bekämpfen.

Allumfassend ist die Wohlfahrtspflege, die Gesundheitsfürsorge; insbesondere das Wohlfahrts- und Gesundsheitswesen der Großstadt kann nicht eng umgrenzt werden!

Wo staatliche oder gemeindebehördliche, wo private Fürsorge einzusetzen hat, kann nicht reinlich geschieden werden; die Aufgaben verschieben sich; gerade die Bestrebungen und Erfolge freiwilliger Hilfeleistungen haben schon die besten Gesetze gezeitigt. So verwischen sich auch die Grenzen der Tätigkeit des Laien, des Arztes, des Amtsarztes. Wir haben auch Orte, in denen der Amtsarzt der einzige Arzt ist. Die Arbeitsverteilung ...et sich nach dem Bedürfnisse.

Auch darin liegt eine Kunst, mit scharfem Blick den ver...nen Verhältnissen gerecht zu werden.

Die Kleinkinderfürsorge und Tuberkulose-Beratung kann man in ländlichen Bezirken nicht ohne Schaden von der ärztlichen Behandlung trennen. Bezüglich der schulärztlichen Tätigkeit habe ich vor einigen Jahren die Sätze aufgestellt: Eine schulärztliche Einrichtung soll an allen Orten bestehen, wo nur immer ein Arzt ist; die Aufgabe des Schularztes im allgemeinen ist die individuelle Hygiene des Schulkindes. Es kann nicht Sache des Amtsarztes sein, diese zu pflegen; zur Untersuchung und Ueberwachung der Kinder hat er keine Zeit und nicht einmal die Fähigkeit, wie der Arzt, der mitten in der Schulgemeinde lebt, der Kinder und Eltern persönlich kennt. Der Amtsarzt soll jedes Schulhaus seines Bezirkes genau kennen, mit den örtlichen Verhältnissen vertraut und mit dem Schulpersonal in geschäftlicher Verbindung sein.

Man wird das vielleicht ideale Betrachtungen nennen; die Durchführbarkeit wird selten gegeben sein! Je weiter wir uns aber von diesem Ideale entfernen, desto unvollkommener wird die Einrichtung.

Tüchtige und eifrige Verwaltungsbeamte und Amtsärzte wünschen die Schaffung eigener Wohlfahrtgsämter. Im deutschen Süden sind wir gegen Aemter zurückhaltender; für unsere großstädtischen Einrichtungen kann ich die Schaffung eines eigenen Wohlfahrtsamtes oder Parlamentes, einer Ueberzentrale, nicht zweckmäßig finden, wenn auch manche Zersplitterung der Kräfte hierdurch verhütet würde.

Hier möchte ich wenigstens hinweisen auf eine Organisation, die in Bayern vor Jahren schon staatlich empfohlen, doch wieder seit längerem entschlummert ist, in Preußen aber neuerdings gesetzlich eingeführt ist — die Ortsgesundheitskommissionen. Der bayerische Ministerial-Erlaß von 1875 „Aufstellung von Ortsgesundheitskommissionen“ wünscht unter anderem: „Es solle sich eine Anzahl von Männern zu dem Zweck verbinden, mit den Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege sich zu befassen; es soll Aufgabe der Kommission sein, alle sanitären Uebelstände des Bezirkes zu erforschen und die Mittel zu ihrer Beseitigung zu beraten und zu begutachten.“

Auch die preußischen Gesundheitskommissionen, die in größeren Städten Unterkommissionen bilden können, sollen sich über hygienische Fragen äußern und Vorschläge auf dem Gebiet des Gesundheitswesens machen. In Orten über 5000 Einwohner müssen sie vorhanden sein.

Könnte man nicht eine Angliederung an bestehende größere Kommissionen, eine Erweiterung derselben als Auskunfts- und Fürsorgestelle für einen ganzen Bezirk ins Werk setzen? Es sind ja dieselben Amtspersonen, die sich der Wohlfahrtsämter und Gesundheitskommissionen annehmen sollen.

In der Großstadt ist der Amtsarzt mit seinen Amtspflichten und seiner ganzen Persönlichkeit angeschlossen an die großen Verbände, Zentralen und Fürsorgestellen; er ist in der Vorstandschaft oder im Ausschuß des Wohlfahrtzenstren, der öffentlichen

Armenpflege, in der Schulkommission, im Gesundheitsrat, wie in den staatlichen medizischen Ausschüssen. Er hat nach bestem Wissen die Errungenschaften der wissenschaftlichen Hygiene ins Praktische zu übersetzen; er vermittelt zwischen den maßgebenden Faktoren, Behörden, Verbänden, statistischen Stellen. Und was ein Amtsarzt nicht vermag, besorgen deren mehrere, die wieder in enger organischer Verbindung stehen. Die Amtsärzte berichten alljährlich ausführlich an ihre vorgesetzte Stelle.

Ob im großen oder kleineren tätig, der Amtsarzt ist überall an wichtiger Stelle; er erleichtert sich seine Amtsführung ganz wesentlich durch den innigen Anschluß an die Kollegen. Da geht es wie bei der Diagnostik: was einer nicht sieht, sehen wohl mehrere. Wir alle sind ein festgeschlossener Bund im Deutschen Medizinalbeamtenverein. Treu wollen' wir in Nord und Süd zusammenstehen, nach dem Vorbilde und unter der Leitung von Männern, die seit Jahren uns vorangeschritten sind. Robert Koch ging aus unseren Reihen hervor. Der stattliche Band, der anläßlich des 25jährigen Bestehens des Preußischen Medizinalbeamtenvereins zur Ausgabe gelangte, führt deutlich vor Augen, was ein Zusammenschluß wert ist. Es ist eine Pflicht dankbarer Anerkennung, auch zu gedenken der Fundgrube von Belehrung, wie sie seit Jahren unsere schlichte Medizinalbeamten-Zeitung bietet; denn es erscheint keine Nummer, die nicht unser Wissen, unsere Kenntnisse bereichert. In dem Wogen und Walten des lebendigen Volkes stehen wir auf der Warte, mit der Leuchte der Wissenschaft vorbeugend den verhängnisvollen Schatten des Unheils.

Sanitas — Gesundung — ist unsere Losung!

Saluber — heilbringend, — heißt sauber. Die Reinlichkeit, die Gesundheit sind eines Ursprunges, Töchter des Lichtes! Der Amtsarzt ist ihr Bannerträger!

(Lebhafter Beifall.)

2. H. Geh. Med.-Rat Dr. Fielitz-Halle a. S., zweiter Referent: M. H.! Die Verhältnisse auf dem Lande sind nicht nur ganz andere als in der Stadt, sondern sie sind auch in den einzelnen Gegenden Deutschlands außerordentlich verschieden.

Während in den Großstädten die Organisation der Wohlfahrtspflege eine ziemlich gleichmäßige ist, muß sie sich in Landkreisen der Eigenart jedes Bezirkes anpassen. Es ist natürlich, daß industrielle Kreise andere Bedürfnisse haben als rein landwirtschaftliche, dicht bevölkerte andere als schwach bevölkerte, weit ab von Großstädten liegende andere als solche Kreise, die eine Großstadt einschließen. Weiter spielt der Volkscharakter eine gewisse Rolle: Er erschwert oder erleichtert das Verständnis für die Wohlfahrtspflege. Vor allen Dingen aber stehen den ländlichen Kreisen nicht die großen Mittel zur Verfügung, wie sie in Großstädten mit reicher Bevölkerung leicht aufgebracht werden. Der Städter fügt sich in die Notwendigkeit, einer ganzen Reihe gemeinnütziger Vereine angehören zu müssen, der Landmann

hat hierzu weder Mittel noch Neigung. Man wird deshalb bei Organisation der ländlichen Wohlfahrtspflege versuchen müssen, alle Kräfte in einem einzigen Verein zusammenzufassen. Endlich aber fehlen vielfach Personen, die Zeit und Interesse für die Arbeit an der Volkswohlfahrt haben. Das ist ganz anders in den Städten, wo immer männliche und weibliche Hilfskräfte zur Verfügung stehen.

So ist es erklärlich, daß die ländliche Wohlfahrtspflege nur langsame Fortschritte macht und nicht imstande ist, von Anfang an alle Objekte dieser Pflege in den Bereich ihrer Tätigkeit zu ziehen. Es will mühsam ein Gebiet nach dem andern erobert werden. Am schwierigsten liegen die Verhältnisse bei weit verstreuter Bevölkerung und in den Bezirken, die an eine Großstadt grenzen.

Betrachten wir jetzt kurz die verschiedenen Organisationen, so werden wir nach dem Gesagten verstehen, warum eigentliche Fürsorgeämter noch keinen Eingang in ländlichen Kreisen gefunden haben. Fast durchweg liegt die Wohlfahrtspflege in den Händen von Vereinen, und zwar sind es in erster Linie die verschiedenen Frauenvereine, die die Arbeit leisten: in Norddeutschland besonders die Zweigvereine des Vaterländischen Frauenvereins und die „Frauenhilfe“ des Ev. kirchl. Hilfsvereins. Die soziale Friedenstätigkeit dieser Vereine umfaßt nicht nur die eigentliche Krankenpflege, sondern auch die Sorge für Kinder, für die weibliche Jugend und die Volksgesundheitspflege im weiteren Sinne. Ueberall hat ihre Tätigkeit mit der Organisation geordneter Krankenpflege begonnen. Dabei gingen die Vereine richtig von der Ueberzeugung aus, daß die Gemeindekrankenpflege ihre wichtigste Aufgabe ist; denn auf dem Lande ist auch heute noch eine wirkliche Krankenpflege ohne Gemeindeschwestern nur in Ausnahmefällen möglich. Unverstand, Aberglaube, auch Mangel an Zeit und Geschick schädigen häufig die Kranken und erschweren die ärztliche Hilfe. Als Krankenpflegerinnen kommen vor allem in Betracht die berufsmäßig ausgebildeten Pflegerinnen der evangelischen Mutterhäuser, der katholischen Ordensgenossenschaften, die Schwestern des evangelischen Diakonievereins und die Rote-Kreuz-Schwestern, außerdem aber auch die freiwilligen Landkrankenpflegerinnen.

Bei Anstellung der Gemeindeschwestern beteiligt sich überall der Kreis; auf diese Weise erhält der erste Beamte des Kreises auch einen genügenden Einfluß auf diese Medizinalpersonen. Der beamtete Arzt kontrolliert die Pflegestationen und gehört wohl ausnahmslos dem Vorstande des Frauenvereins als ärztlicher Berater an, ist also immer in der Lage, die Tätigkeit der Schwestern zu beobachten. Es muß freilich in dieser Beziehung noch mehr geschehen; denn in vielen Bezirken unterstehen die Gemeindeschwestern oder Pflegerinnen auch heute noch ausschließlich der geistlichen Aufsicht. So sehr wir wünschen müssen, daß der geistliche Einfluß erhalten bleibt, so dürfte doch eine engere Verbindung der Gemeindepflege mit den ansässigen Aerzten und ganz besonders mit dem beamteten Arzte geboten

sein. Nur ganz allmählich scheint das Mißtrauen vieler Aerzte gegen die Gemeindepflegerinnen zu schwinden; es sind auch aus neuerer Zeit wieder Fälle bekannt geworden, in denen die Schwestern unbedingt ihre Befugnisse überschritten haben. Damit wird der guten Sache geschadet; denn segensreich kann eine Gemeindeschwester nur wirken, wenn sie sich in erster Linie als Gehilfin der Aerzte ansieht. Die Landes-Versicherungsanstalt Sachsen-Anhalt hat deshalb den Kreisärzten eine Beteiligung an der ganzen Einrichtung dadurch gesichert, daß sie den jährlichen Zuschuß zu jeder Pflegestation von einer Bescheinigung des Kreisarztes über das Vorhandensein der vorgeschriebenen Instrumente und sonstigen Gegenstände zur Krankenpflege abhängig macht.

Eine geordnete Krankenpflege auf dem Lande fördert den Sinn für Wohlfahrtsbestrebungen und veranlaßt weitere Maßnahmen im Interesse der Gesundheitspflege. Die Kreise haben in der Mehrzahl das Desinfektionswesen geregelt; es sind Krankentransportgeräte geschafft; desgleichen werden Mittel bereit gestellt, um spezialärztliche Hilfe allen Kranken zu verschaffen, die solcher bedürfen. Für Krüppel und Geisteskranke wird auch in Landkreisen nach Möglichkeit gesorgt.

Die beamteten Aerzte haben zu all diesen Einrichtungen gewöhnlich den Anstoß gegeben. Ihrer Anregung ist es auch zu danken, wenn vielfach in der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten planmäßiger als früher vorgegangen wird. Am schwierigsten sind auf dem Lande Absonderungsräume zu beschaffen; gerade aus diesem Grunde ist auch eine wirksame Bekämpfung der übertragbaren Kinderkrankheiten unmöglich. Hier kann nur die Einrichtung kleiner Krankenhäuser helfen, die ausschließlich zu Absonderungszwecken benutzt werden. An solche Häuser sind keine großen Ansprüche zu stellen; denn die Kosten dürfen nicht erheblich sein. Ich habe selbst in meinem Bezirk einen ersten Versuch mit vorzüglichem Erfolg gemacht, und halte weitere Gründungen für eine der dringendsten Aufgaben.

Schwierig ist auch eine Tuberkulosebekämpfung auf dem Lande, trotzdem wir wissen, daß die Tuberkulosesterblichkeit in manchen Landbezirken überaus hoch ist. Auf diesem Gebiete hat das Land im Gegensatz zu den Städten sehr bescheidene Erfolge aufzuweisen. Die weiteste Organisation findet sich im Großherzogtum Baden, wo sich an mehr als 500 Tuberkuloseausschüssen sämtliche Aerzte beteiligen. Auf je drei Gemeinden des Landes fällt ein Ortsausschuß, so daß für das ganze Großherzogtum gesorgt ist. Es gelingt bei dieser Organisation, alle Seuchenherde festzustellen; dagegen fehlt die einheitliche ärztliche Beratung, wie sie bei Fürsorgestellen gewährleistet wird. Die Ausschüsse sorgen überall für Aufklärung über das Wesen der Tuberkulose und nehmen sich der bereits Erkrankten an. Zur Aufklärung dienen Merkblätter, Flugschriften, ein Wandermuseum und ärztliche Vorträge. Am meisten wird aber erreicht durch Belehrung von Person zu

Person in ergriffenen Familien, eine Aufgabe, der sich Gemeindepflegerinnen oder weibliche Mitglieder der Ortsausschüsse unterziehen. Unvollkommen bleibt nur noch die Versorgung unheilbar Erkrankter.

In anderen Teilen Deutschlands hat man auf Anregung der beamteten Aerzte zur Bekämpfung der Tuberkulose ländliche Fürsorgestellen nach dem Beispiel der Großstädte eingerichtet. Am besten ist die Organisation in einigen preußischen Landkreisen:

Im Landkreise Mülheim a. Rh. stehen z. B. 9000 M. jährlich zur Verfügung. Die ganze Einrichtung stützt sich auf die Aerzte, die Mitglieder einer in jeder Bürgermeisterei bestehenden Kommission sind. Diese Kommission prüft alle von Aerzten begründeten Anträge und empfiehlt Maßnahmen bei einer Kreiskommission, die aus dem Landrat, zwei Kreisausschußmitgliedern und dem Kreisarzt besteht, der etwaige Nachuntersuchungen vornimmt. Die Kontrolle der Fürsorgeerkrankten wird von einem fest besoldeten Kreisfürsorger ausgeübt, der in einer Lungenheilstätte ausgebildet und als Desinfektor amtlich geprüft ist. Er erstattet dem Kreisarzt und dem Kommissionsvorsitzenden regelmäßigen Bericht.

Aehnlich ist die Organisation im Kreise Hamm. Hier sind 7 Fürsorgestellen eingerichtet, die von einem Ausschusse verwaltet werden, dem Verwaltungsbeamte, Aerzte und Vertreter der Krankenkassen und der Landesversicherungsanstalt angehören. Als Vertrauensarzt ist jeder Arzt tätig. In den ländlichen Gemeinden haben die Krankenschwestern für Ermittlung und Belehrung der Kranken zu sorgen. Die nötigen Mittel zur Einrichtung sind der Organisation zugeflossen vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose und vom Kreisausschusse, während Landesversicherungsanstalt und Krankenkassen fortlaufende Beiträge zahlen. Es werden Beihilfen verschiedener Art (Betten, Wohnungsmiete) gewährt, auch wird Heilstättenbehandlung ermöglicht und besonders für Absonderung Schwerkranker gesorgt.

Im Landkreise Essen wird die Bekämpfung der Tuberkulose von 5 Fürsorgestellen aus geleitet. An jeder solchen Stelle wirkt ein Arzt und eine Krankenschwester. Die Kranken werden beraten; es wird ihnen gezeigt, wie sie die Wohnung reinhalten, die Wäsche behandeln, die Spuckgläser gebrauchen usw. müssen. Endlich werden Kranke Heil- oder Erholungsstätten überwiesen.

Das sind einige Beispiele von Einrichtungen in Landkreisen nach großstädtischem Muster. Leider ist es nur in dicht bevölkerten industriellen Landkreisen möglich, die Fürsorgestellen allen Gemeinden zugänglich zu machen.

Gewiß wäre es mit Freuden zu begrüßen, wenn man Maßnahmen, wie sie Prof. Dr. Jacob für den kleinen Kreis Hümmling empfiehlt, durchführen könnte, also alle ungesunden Wohnungen beseitigen, alle Menschen von der Geburt an unter ärztliche Obhut stellen, ihnen reichliche und einwandfreie Nahrungsmittel verschaffen, für ihre Körperpflege sorgen usw. könnte. Das läßt sich aber leider nicht durchführen.

Es bleibt auf dem Lande nur übrig, mit den gegebenen Mitteln zu rechnen und für deren zweckmäßigste Verwendung zu sorgen. Ich komme deshalb immer wieder darauf zurück, daß die Frauenvereine durchaus imstande sind, auch in der Tuberkulosebekämpfung Ersprießliches zu leisten. Vorbedingung bleibt die Einrichtung von Gemeindepflegestationen. Die Gemeindeschwestern ermitteln tuberkulös Erkrankte und übernehmen nach Anweisung der behandelnden Aerzte Belehrung und Pflege, sorgen auch, wo es notwendig erscheint, für Unterstützungen

aus den Mitteln des Frauenvereins, sowie für Unterbringung in Heilstätten, wenn nicht Versicherungsanstalt oder Krankenkassen eintreten. Besonders wichtig ist die Sorge für die von der Tuberkulose bedrohten Kinder. Einfache Walderholungsstätten leisten hier vorzügliches. Der Frauenverein meines Kreises z. B. hat vor einigen Jahren auf meine Anregung eine solche Erholungsstätte mit Tag- und Nachtbetrieb gegründet, in der jährlich 80 Kinder mit großem Erfolg verpflegt werden. Diese, wenn auch einfach, so doch zweckmäßig gebauten Anstalten müßten in Mengen errichtet werden. Sie sind Ferienkolonien weit vorzuziehen und nicht nur für Stadtkinder nötig. Besonders für Mädchen ist es häufig von bleibendem Einfluß, wenn sie gesehen haben, wie wohl sich ein Mensch fühlt, der täglich den ganzen Körper reinigt und in einem reinen Bett bei offenem Fenster schläft.

In vielen Kreisen ist kostenlose Wohnungsdesinfektion beim Tode oder Umzug Tuberkulöser eingeführt. Die preußischen Kreisärzte sind auf Grund des Ministerial-Erlasses vom 16. Oktober 1908 verpflichtet, auf diese Desinfektionen hinzuwirken.

Ebenso schwierig wie die Tuberkulosebekämpfung gestaltet sich auf dem Lande die Säuglingsfürsorge; gleichwohl müssen wir Mittel und Wege finden, um die Säuglingssterblichkeit in Landkreisen herabzudrücken. Eine Fürsorge nach dem Muster der Großstädte ist unmöglich. Auf dem Lande werden wir eine Verminderung der Säuglingssterblichkeit nach meinen Erfahrungen nur erreichen durch allgemeine Wiederaufnahme des Selbststillens; alle anderen Mittel können unbeachtet bleiben. Erreichen werden wir dieses Ziel, wenn wir für gute Wochenbettpflege und für Aufbesserung des Hebammenstandes sorgen. Mindestens 6 Wochen sollte es jeder jungen Mutter ermöglicht werden, sich zu schonen und ausschließlich der Pflege ihres Neugeborenen zu widmen. Nach der Reichs-Versicherungs-Ordnung sind die Landkrankenkassen verpflichtet, den Wöchnerinnen mindestens 4 Wochen Schwangerschaftsunterstützung und Mutterschutz zu gewähren, wenn diese der Gewerbeordnung nicht unterstehen; in letzterem Falle ist 8 Wochen Unterstützung gesichert.

Es kommt also nur darauf an, daß ernstlich auf die Pflicht des Selbststillens hingewiesen wird; das kann am eindringlichsten durch die Hebamme geschehen, die für die Landfrauen fast ausnahmslos eine Vertrauensperson ist. Nun können wir nicht leugnen, daß der Hebammenstand noch nicht ganz auf einer Höhe steht, die bei allen seinen Mitgliedern genügendes Verständnis voraussetzen läßt. Pflicht der beamteten Aerzte, als der Vorgesetzten der Hebammen, ist es deshalb, auf eine gründliche Hebung des Standes zu dringen. Dazu ist vor allen Dingen nötig, daß die Hebammen für Alter und Krankheit versorgt werden, daß sie genügende Einnahmen erzielen und sich gewissenhaft weiter zu bilden suchen durch Beteiligung an Hebammen-

vereinen und an Wiederholungslehrgängen. Der ganze Stand muß so gehoben werden, daß seine Mitglieder verstehen lernen, welche Gefahr für unser Volk eine hohe Säuglingssterblichkeit bedeutet. Dann werden wir hoffen dürfen, daß in allen Landkreisen das Selbststillen wieder Regel wird.

Trotzdem muß nebenbei für genügende Milchmengen gesorgt werden, schon deshalb, weil die älteren Kinder heute vielfach Milch oder Milchspeisen gar nicht mehr erhalten. Für manche Landstriche bleibt nur eine Hebung der Ziegenzucht übrig; denn die Molkereien entziehen den Dorfbewohnern den größten Teil der Kuhmilch. Einzelne Kreise unterstützen deshalb die Beschaffung guten Zuchtmaterials; von Wert sind die in verschiedenen Gegenden gebildeten Ziegenzuchtvereine. Im Kreise Limburg wurde festgestellt, daß Ziegen einer guten Rasse bis zu 1400 Liter Milch im Jahre geben können.

Für die vorschulpflichtigen Kinder beginnt man ebenfalls auf dem Lande zu sorgen, indem mehr und mehr Kindergärten geschaffen werden, die sich auch in rein landwirtschaftlichen Gegenden als recht nützlich erweisen. Die Kleinen brauchen nicht tagsüber auf der Straße zu liegen oder bei ungünstigem Wetter eingeschlossen zu bleiben, so lange die Mutter landwirtschaftliche Arbeiten verrichtet; sie werden auch einigermaßen an Ordnung und Sauberkeit gewöhnt. Besonders aber wird es den Müttern ermöglicht, sorglos der Arbeit nachzugehen und so zu besserem Unterhalt der Familie beizutragen.

Von größter Bedeutung ist auch in Landkreisen die Sorge für die Schuljugend. Freilich stehen wir hier weit hinter den Städten zurück, aber es ist doch schon mancher schöne Anfang zu verzeichnen. Man muß bedenken, wie schwer in rein ländlichen Bezirken schulärztliche Ueberwachung einzurichten ist. Der beamtete Arzt kann nicht oder nur in sehr kleinen Kreisen jährlich alle Dorfschulen durchmustern; er kann und soll nur derjenige Arzt sein, der die Ergebnisse regelmäßiger Untersuchungen der Schulkinder zur Erkennung und Feststellung etwaiger Schäden benutzt und auf deren Beseitigung dringt. In jüngster Zeit hat eine lebhafte Propaganda der Zahnärzte eingesetzt, nach der es fast den Anschein gewinnen könnte, als ob eine zahnärztliche Untersuchung die Hauptsache wäre, und als ob der Zahnarzt den Schularzt zu ersetzen vermöge. Ueber dieses Verhältnis spricht sich sehr gut eine Verfügung des Regierungspräsidenten in Minden vom 19. Juni 1908 dahin aus, daß in erster Linie auf eine schulärztliche Ueberwachung Bedacht zu nehmen ist, und daß eine zahnärztliche wie jede andere spezialärztliche Untersuchung der Schulkinder nur nebenher in Betracht kommen und jene niemals ersetzen kann. Gewiß ist ein gutes Gebiß das erste Erfordernis, soll ein Kind frisch und kräftig gedeihen. Die Ursachen der heutigen Zahnverderbnis auf dem Lande liegen aber in erster Linie in der üblen Nachahmung städtischer Gewohnheiten. In früheren Jahrzehnten war die Zahnbürste bei Landkindern ebenfalls unbekannt, aber sie wurde

ersetzt durch das selbstgebackene grobgeschrotete Brot mit harter Rinde. Der Uebergang zu städtischer Lebensweise hat überhaupt zu einer Verschlechterung der Ernährung auf dem Lande geführt. Roggenmehlsuppe ist den Kindern entschieden dienlicher als der jetzige Morgenkaffee mit dem weichen kalkarmen Weißbrote. Milchnahrung für Kinder verschwindet auf dem Lande immer mehr. Es fehlt vielen Frauen an richtigem Verständnis für Auswahl und Zubereitung der Nahrungsmittel. Die Ernährung der ländlichen Jugend leidet auf solche Weise; das zeigen die Schulbesichtigungen, bei denen ein großer Prozentsatz unterernährter Kinder gefunden wird. Die Zeit muß kommen, wo im Interesse der Volkswohlfahrt auch sämtliche Landschulen unter ärztlicher Aufsicht stehen. Der beamtete Arzt hat die Pflicht, immer wieder auf dieses Ziel hinzuweisen. Man darf allerdings nicht dieselben Ansprüche machen wie in der Großstadt, aber auch auf dem Lande lassen sich halbjährlich schulärztliche Untersuchungen ausführen, wenn nicht sofort im ganzen Kreise, so doch allmählich. Ich selbst habe es doch schon in meinem Landkreise dahingebracht, daß 6 Schulärzte und 1 Zahnarzt beschäftigt werden. Aehnlich ist es in vielen anderen Bezirken; wir sehen also, daß auch hier das Interesse und eine lebhafte Initiative des beamteten Arztes das Mögliche erreicht.

Wie weit sich dieser bei der Sorge um die schulentlassene Jugend beteiligen soll, richtet sich ganz nach seinen persönlichen Beziehungen und Neigungen.

Ueber die Bedeutung der Jugendpflege für unser Deutsches Volk brauche ich nicht zu reden. Es fragt sich nur: Ist solche Jugendpflege auch auf dem Lande notwendig? Diese Frage ist durchaus zu bejahen. Mit wie einfachen Mitteln hierbei viel geleistet werden kann, lehrt die Organisation des Kreises Schmalkalden: In den Landgemeinden dieses Kreises gehören 85% der Jugend zwischen Schulentlassung und Militärpflicht Körperpflegevereinen an. Das ist aber leider nur eine Ausnahme. Die männlichen Jugendlichen sind im allgemeinen schwer zusammenzuführen, wenigstens zu Zwecken der Volkswohlfahrt. Vielleicht helfen Fortbildungsschulen, wenn ihr Besuch auf dem Lande überall obligatorisch wird.

Die weibliche Jugend ist eher zu beeinflussen; das ist von ganz besonderem Werte für die Förderung unserer Landbewohner. Vor allen Dingen sind Haushaltungsschulen von größtem Nutzen für alle die Landmädchen, die unmittelbar nach der Schulentlassung einen Dienst antreten oder Fabrikbeschäftigung aufsuchen. Auch hier leistet das Großherzogtum Baden das Beste. Dort ist der Haushaltungsunterricht mit dem für alle Volksschülerinnen obligatorischen Fortbildungsunterricht verbunden. Sämtliche Volksschülerinnen müssen nach Verlassen der Schule noch 1 Jahr lang wöchentlich die vorgeschriebene Anzahl Stunden am Fortbildungsunterricht teilnehmen. Auch in den Kreisen Lyk und Johannisburg sind in den Landgemeinden etwa 50 Haushaltungsschulen vorhanden, in denen jährlich 350 Schü-

lerinnen unterrichtet werden. Aehnliche Beispiele gibt es noch mehr.

Hauptsächlich lassen sich die Frauenvereine die Einrichtung von Koch- und Haushaltungsunterricht angelegen sein. In ländlichen Gemeinden sind freilich nur Wanderkochschulen möglich, da eine ständige Einrichtung zu teuer ist. Für den beamteten Arzt bietet sich Gelegenheit zu volkstümlichen Vorträgen in Fortbildungs- und Haushaltungsschulen über Gesundheitslehre.

Alle solche Einrichtungen sind aber nur Notbehelfe, so lange es nicht möglich ist, für Landkreise umfassendere Organisationen zu schaffen. Das dürfte am besten zu erreichen sein durch Anstellung sogen. Landpflegerinnen, die in einer Landpflegeschule (z. B. Ober-Schönfeld) ausgebildet sind und vom Kreise festbesoldet werden. Sie hätten ihre Kräfte ausschließlich der weiblichen Jugend zu widmen, diese in der Haushaltung, im Kochen und in der Körperpflege zu unterweisen und in regelmäßigen Zusammenkünften auch in sittlicher Beziehung zu beeinflussen. Junge Damen mit guter Vorbildung würden auf solche Weise viel zum Wohle unserer Landbevölkerung beitragen.

Die Volksgesundheitspflege hat weiter zu sorgen für gesunde Wohnungen und für einwandfreies Trinkwasser. Auch in dieser Beziehung steht das Land den Großstädten erheblich nach. Wohnungsnot gibt es nicht nur in der Stadt, sondern auch auf dem Dorfe, zumal da, wo eine herumziehende Arbeiterschaft die früher seßhaften Einwohner verdrängt hat. Wesentliche Fortschritte sind der Beteiligung der beamteten Aerzte zu danken, denen die regelmäßigen Ortsbesichtigungen, die Kontrolle der Arbeiterkasernen, Schlafstellen und Herbergen obliegen. Auch in Zukunft, selbst wenn ein Wohnungsgesetz erlassen werden sollte, wird in ländlichen Bezirken in erster Linie der Amtsarzt die Forderungen der Wohnungshygiene zu vertreten haben. In Preußen sind Fortschritte seit Erlaß des Kreisarztgesetzes nicht zu verkennen.

Ebenso steht es mit guter Trinkwasserversorgung. Nur schwer und mit Widerstreben trennt sich der Landbewohner von seinem Hofbrunnen, der seit Urväters Zeiten den Misthaufen als Nachbar sah und angeblich trotz verfaulten Brunnenrohres „das beste Wasser" lieferte. In wenig Jahren hat sich das Verständnis für einwandfreie Brunnenanlage so gesteigert, daß wir allmählich hoffen dürfen, mit den alten fehlerhaften Wasserentnahmestellen ganz aufzuräumen. Wir finden schon ganze Kreise, in denen wenigstens die öffentlichen Brunnen tadellos angelegt sind. Häufig werden mangelhafte Trinkwasserverhältnisse durch Anlage zentraler Versorgungen beseitigt. Auch hier verdanken wir die meisten Fortschritte den Gesundheitsbeamten.

Ganz anders spielt sich das Wirken des Amtsarztes in Landgemeinden ab als in der Stadt. Was in der Stadt einfach durch polizeiliche Verfügung geschieht, das erreicht der ländliche Amtsarzt gewöhnlich nur durch persönliche Einwirkung.

Deshalb ist es für ihn von größter Wichtigkeit, das Vertrauen nicht nur des ersten Beamten, sondern der ganzen Bewohnerschaft seines Kreises zu besitzen. Nur so wird er seiner Aufgabe, an der Förderung des Wohles nicht nur der Arbeiter, sondern der ganzen Landbevölkerung mitzuwirken, gerecht werden können. Er muß sich an allen Bestrebungen beteiligen, die dieses Ziel verfolgen; er muß nicht nur zur leiblichen, sondern auch zur sittlichen Hebung des Volkes beitragen, sei es durch Vorträge, sei es durch Beteiligung an Vereinen zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs, der Schundliteratur u. dergl. Insbesondere liegt ihm ob, für Aufklärung über die Schädlichkeit des Alkoholmißbrauchs zu sorgen. Familienabende, Lehrerkonferenzen, Fortbildungsschulen bieten hierzu Gelegenheit, ebenso die passende Bücherauswahl für Volks- und Schülerbibliotheken.

In der Stadt teilt sich die Arbeit auch in ärztlichen Dingen: dort gibt es Stadtärzte, Schul-, Armen- und Polizeiärzte; in Landkreisen hält der beamtete Arzt alle Fäden in seiner Hand als technischer Berater des ersten Beamten. Der ländliche Amtsarzt muß sich infolgedessen viel mehr mit Kleinarbeit beschäftigen, wird aber lebhafte Befriedigung empfinden, wenn er dank seiner Kenntnisse und seiner Leistungen soziale Schäden verschwinden sieht. Freilich werden dem Amtsarzte, der mit Lust und Liebe in Wohlfahrtspflege arbeitet, erhebliche Opfer an Zeit zugemutet. Vor allen Dingen muß er seinen ganzen Kreis und dessen Bewohner genau kennen lernen; er sollte deshalb möglichst so gestellt sein, daß er seinen Wohnort nicht zu wechseln braucht, denn an jedem neuen Platze fängt er sozusagen von vorn an.

Er muß für seine Weiterbildung sorgen, muß an allerlei Besichtigungen und Fortbildungskursen teilnehmen und braucht viele Zeit, wenn er alle Fragen eingehend prüfen will, welche die Wohlfahrt seiner Kreiseingesessenen fördern können.

Ich bin überzeugt, daß der beamtete Arzt nach Verlauf weniger Jahre genötigt ist, einen großen Teil seiner Arbeitskraft in den Dienst der Wohlfahrtspflege zu stellen; das würden wir aber alle im Interesse unseres Volkes nur lebhaft begrüßen können, denn die Größe unseres Vaterlandes gründet sich auf seine gesunde und kräftige Bevölkerung!

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Zunächst möchte ich den beiden Herren Referenten im Namen des Vereins unseren verbindlichsten Dank für ihre vorzüglichen Ausführungen aussprechen.

Sodann eröffne ich die Diskussion:

H. Kreisarzt Dr. Ascher-Hamm: M. H.! Wenn sich die Wohlfahrtspflege oder, wie ich sie richtiger bezeichnen möchte, die Gesundheitsfürsorge — denn das ist eigentlich das Gebiet des beamteten Arztes — außer in der Großstadt auch auf dem Lande und in den zwischen Land und Großstädten stehenden Mittelstädten ausbreiten soll, so müssen zwei Bedingungen erfüllt sein: Einmal muß die Fürsorge, wie es Kollege Fielitz ausgeführt hat, auf das notwendigste Maß zurückgeführt werden, das heißt, es muß das Notwendige von dem Wünschenswerten getrennt werden, und zweitens muß der beamtete Arzt von dem vielen Kleinkram, den er noch aus früherer Zeit

mitschleppt, so entlastet werden, daß er nicht nur die Zeit, sondern auch die Freiheit des Kopfes dafür hat. Es ist deshalb notwendig, eine Organisation zu schaffen, die es ihm ermöglicht, sich von dem Kleinkram zu entlasten und so diesen neuen Aufgaben, die immer mehr an ihn herantreten werden, gerecht zu werden. Eine solche Organisation haben wir in Hamm, in einem westfälischen Kreise, der sich aus einer Mittelstadt von etwa 40000 Einwohnern und einem Landkreise von 93000 Einwohnern zusammensetzt, geschaffen. Ich möchte mir erlauben, Ihnen die Grundsätze, aus denen heraus diese Organisation geschaffen wurde, in Kürze darzulegen.

Ich darf vielleicht bei der Tuberkulose anfangen. Wir müssen uns bei deren Bekämpfung von dem Beispiel der Dispensaires frei machen. Wir müssen dem preußischen Kultusministerium zwar dafür dankbar sein, daß es uns die Kenntnis der Dispensaires vermittelt hat; aber sie sind geschaffen in einem Lande, in dem es keine Versicherungspflicht gibt und in dem der größte Teil der Bevölkerung des Arztes entbehrt. Bei uns sind sie nicht nötig. In der Tat sind mit dem Begriff der Tuberkulosefürsorge eigener Arzt und eigene Sprechstunde nicht unmittelbar verknüpft. Das Beispiel von Mühlheim, das bereits geschildert wurde, das Beispiel von Hamm und selbst von Königsberg und verschiedenen ostpreußischen Kreisen beweisen, daß es möglich ist, Tuberkulosefürsorge durchzuführen, ohne einen eigenen Arzt anzustellen und eine eigene Sprechstunde vorzusehen, Einrichtungen, die den größten Teil der geringen Mittel absorbieren würden. Man muß, wie wir es getan haben, jedem Arzt das Vertrauen entgegenbringen, daß er auch Vertrauensarzt ist. Was könnte er im schlimmsten Falle durch eine unrichtige Diagnose schaden? Vielleicht, daß wir in einem Falle etwa mehr Mittel geben, als wir es sonst getan hätten. Aber das sind immerhin bescheidene Mittel, die noch lange nicht dem Gehalt eines Arztes und den Kosten einer eigenen Sprechstunde entsprechen. Wenn wir ein Bett geben, werden wir doch immer noch fragen, ob der Verdächtige auch Tuberkelbazillen im Auswurf hat. Das ist eine Aufgabe, die am besten Medizinaluntersuchungsämtern oder ähnlichen Stellen überlassen bleibt; und da ist vielleicht das Beispiel von Westfalen belehrend, wo die Landesversicherungsanstalt den Medizinaluntersuchungsämtern einen gewissen Beitrag hierfür leistet. Wenn wir die Tuberkulosefürsorge auf das nötige Maß reduzieren, haben wir drei Punkte: Erstens Belehrung, zweitens Verteilung kleiner Unterstützungen, um diese Belehrung wirksam zu machen, und drittens Beschaffung von Heilbehandlung. Zur Belehrung brauchen wir Helfer, und diese müssen wir daher nehmen, wo wir sie bekommen. Ich habe bereits in Königsberg mit Arbeitern gearbeitet, mit gebildeten und weniger gebildeten. Am liebsten sind mir gebildete Leute. Wo sie nicht zu haben sind, nehmen wir auch die Kräfte, die sich freiwillig zur Verfügung stellen, und die aus allen Kreisen der Bevölkerung genommen werden können. So haben wir in Hamm einen Gesundheitsbeamten, der von der Stadt später als Schutzmann angestellt worden ist, der Sanitätsunteroffizier war, für die Sache vorbereitet worden ist und ausgezeichnete Dienste geleistet hat. Wir haben daneben eine Hilfsdame angestellt. Auf dem Lande nehmen wir Gemeindeschwestern; wo diese nicht vorhanden sind, haben sich die Geistlichen für die Sache zur Verfügung gestellt und führen nicht nur diese, sondern auch die noch zu schildernden anderen Fürsorgesachen durch.

Wenn wir dieses Beispiel: Belehrung, Gewährung von kleinen Unterstützungen und Heilbehandlung durchführen, so werden wir sehen, daß wir den größten Teil der Fürsorgebehandlung darauf reduzieren können.

Nehmen Sie weiter den Alkoholismus. Auch hier wieder Belehrung, eventuell mit der nötigen kleinen Unterstützung, und Heilbehandlung. Auch hier kann wieder die Fürsorgestelle, die einmal dafür eingerichtet ist, mag sie organisiert sein wie sie will, die Sache mit übernehmen.

Nun kommt die Säuglingsfürsorge. Wir haben in der Stadt Hamm zwei Mütterberatungsstellen und auf dem Lande auch noch zwei, die von Aerzten abgehalten werden. Sie bestehen im wesentlichen aus einer großen Kinderwage und einem kleinen Fonds für Milch. Alle Woche einmal übernimmt einer der praktischen Aerzte freiwillig — natürlich immer vierteljahrsweise — die Beratung; ich selbst stehe als Reserve zur Verfügung.

Hier hat sich wieder gezeigt, daß freiwillige Helfer, die für die Einführung der Sache von großem Vorteil sind, doch in verschiedenen Fällen versagen. Im Sommer nämlich gehen die meisten Aerzte weg, und da ist es notwendig, sie durch eine bezahlte Kraft zu ergänzen.

Nun kommt außer Tuberkulosenfürsorge, Alkoholfürsorge, Säuglingsfürsorge noch die Kinderfürsorge. Hier müssen wir uns die Lehrer heranzuziehen suchen, und da haben wir jetzt ein Verfahren eingeführt, das wir mit Hilfe der königlichen Regierung in Arnsberg durchzuführen im Begriff sind. Wir führen in allen Schulen Gesundheitsbogen ein und stellen einmal im Jahre durch Maß und Gewicht fest, wieviel Kinder unter dem Durchschnitt ihres Sollgewichtes bleiben. Wir nehmen das Durchschnittsgewicht und sehen nach, wieviel ein Kind von einer gewissen Länge eingentlich haben müßte. Wenn es 10 % darunter bleibt, soll es in Fürsorge genommen werden. Auch hier wieder Belehrung, eventuell Unterstützung und dann erst Heilbehandlung. Das läßt sich alles mit ganz geringen Mitteln machen. Es handelt sich nur darum, daß wir einen großen Plan haben. Für die Kinderfürsorge sind wir auf die Lehrer angewiesen, die mit uns arbeiten. Wir haben auch Schulärzte, deren Tätigkeit jetzt von ihrem bisherigen Schema, das im wesentlichen eine Nachbildung der Tätigkeit des Kreisarztes war, insofern abweicht, als ihnen nur noch die gesundliche Fürsorge der Schüler obliegt, während Baulichkeiten und andere Einrichtungen der Kreisarzt bei seinen Besichtigungen zu kontrollieren hat. Dadurch ist ihre Tätigkeit freier geworden; sie können nun auch auf diesem Gebiet intensiver arbeiten.

Die einzelnen Medizinalbeamten, selbst wenn sie einen großen Stab von Beamten unter sich haben und man ihnen nicht nachsagen kann, daß sie rein schematisch vorgehen, brauchen Hilfskräfte; diese können wir aber nur durch die Fürsorgetätigkeit, durch ein solches Fürsorgeamt — an dem Begriff „Amt" braucht man sich nicht zu stoßen, man kann es auch anders nennen, wenn Sie wollen — bekommen. Als wir im vorigen Jahre in Hamm daran herangingen, für die Tuberkulosenfürsorge einen Beamten zu beschaffen, traten wir mit der Stadt in Verbindung. Wir haben keinen Verein gegründet, sondern nur eine kleine lose Kommission, namentlich aus Vorständen der Krankenkassen, weil diese durch einen Jahresbeitrag von 10 Pf. pro Kopf und Jahr — was ich Ihnen zur Nachahmung sehr empfehle — sich sehr nützlich gezeigt haben. Der erwähnte Beamte wurde entsprechend ausgebildet und von der Stadt übernommen, sobald ein Schutzmannsposten frei geworden war; demzufolge mußte er auch in körperlicher Hinsicht Bedingungen erfüllen, die ein Schutzmann zu erfüllen hat. Er war vorher Sanitätsunteroffizier und hat dadurch, daß er in der Fürsorgestation ausgebildet worden ist, nicht nur gelernt Krankheiten zu bekämpfen, sondern mit kranken Menschen umzugehen. Das halte ich für wichtig, daß ein solcher Mann erst einmal weiß, daß das Objekt seiner Tätigkeit der Mensch ist.

Ich resumiere mich dahin: Wenn Sie nach dem von mir kurz geschilderten Plan vorgehen, glaube ich, werden Sie mit ganz bescheidenen Mitteln nicht nur eine Fürsorgetätigkeit für die Tuberkulose ausüben, sondern sich für die weiteren Aufgaben eine wertvolle Hilfe schaffen. (Beifall.)

Vorsitzender: Wünscht sonst noch jemand das Wort? — Es ist nicht der Fall. Ich schließe nunmehr die Diskussion über die beiden Vorträge und eröffne diese über den von den beiden Referenten aufgestellten Schlußsatz, der folgendermaßen lautet:

„Der beamtete Arzt muß sich als staatlicher Gesundheitsbeamter an allen Aufgaben der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege beteiligen. Seine Pflicht ist es, den Schäden nachzuforschen, die die Volkswohlfahrt fortdauernd bedrohen, damit er rechtzeitig und mit Erfolg auf ihre Beseitignng hinwirken kann."

Auch hierzu meldet sich Niemand zum Wort; ich glaube

auch, daß wir wohl alle diesem Schlußsatz, den ich jetzt zur Abstimmung bringe, zustimmen können. Ich bitte diejenigen, die damit einverstanden sind, sich von ihren Plätzen zu erheben.

(Geschieht.)

Sie haben sich alle erhoben, der Schlußsatz ist somit einstimmig angenommen.

Wir kommen nunmehr zum letzten Gegenstande unserer heutigen Tagesordnung.

IV. Ueber gerichtliche Leichenöffnungen.

Herr Prof. Dr. Richter, Vorstand des gerichtlich-medizin. Institutes und Landgerichtsarzt in München: M. H.! Unter den verschiedenen Aufgaben, die dem ärztlichen Sachverständigen auf seiner oft recht dornenvollen Laufbahn erwachsen, kann unter Umständen die gerichtliche Leichenöffnung eine sehr schwere und verantwortungsvolle Aufgabe darstellen. Ich betone das „kann" besonders deshalb, weil von Autoren, die mit unserem Fach direkt nichts zu tun haben, den Schwierigkeiten und der Verantwortung bei der Vornahme gerichtlicher Leichenöffnungen im allgemeinen keine übergroße Rolle zugeschrieben wurde mit Konsequenzen, auf die ich später noch zu sprechen komme.

Wir alle oder wohl die meisten von uns haben gerichtliche Leichenöffnungen gemacht, die, ich möchte sagen, im Handumdrehen erledigt waren. Wenn irgend ein Mensch einen Stich ins Herz bekommt, wenn er dann nach ein paar Schritten tot zusammenstürzt, ist ja eigentlich die Leichenöffnung mehr eine Formalität. Man kann nach den Umständen allein schon sagen, daß der Tod mit der Handlung des Täters in Zusammenhang steht, und wenn doch eine Leichenöffnung gemacht wird, so hängt das mit den formalen Bestimmungen der Strafprozeßordnung zusammen. Anderseits ist es aber gewiß nicht zu leugnen, daß unter Umständen die gerichtliche Leichenöffnung an das Pflichtgefühl und an die Verantwortung, an das Wissen und Können der Sachverständigen Anforderungen stellt, die ganz beträchtlich sind, und über solche Fälle wollen wir hier reden.

Die Schwierigkeiten, die bei Leichenöffnungen sich ergeben im Vergleiche zu sonstigen Sparten der gerichtsärztlichen Tätigkeit, resultieren aus verschiedenen Umständen. Erstens einmal ist bei den Sektionen eine besondere Untersuchungstechnik notwendig, während bei Untersuchungen an lebenden Personen doch in der Regel eine besondere Technik nicht nötig ist. Weiterhin ist bei der verhältnismäßigen Häufigkeit der Untersuchungen an lebenden Personen der Arzt mehr oder weniger in Uebung, während Sektionen seltener vorkommen und der Arzt, der bei erlangter Approbation an und für sich keine sehr große Erfahrung und Uebung auf diesem Gebiete hat — bei dem allgemei

Mangel, der heute an den größeren Universitäten bezüglich des Leichenmaterials herrscht —, im Jahre vielleicht 4 oder 5 mal dazu kommt, eine Sektion zu machen; seine Uebung und Erfahrung ist demgemäß vielfach nur gering.

Zu diesen Schwierigkeiten kommen noch Umstände, die in den äußeren Verhältnissen liegen. Wer je im Leben unter ungünstigen Verhältnissen in irgend einer kleinen Leichenkammer oder gar in der Wohnung des Getöteten die Sektion gemacht hat, bei ungenügender Beleuchtung, bei einer ganz ungenügenden oder vielleicht direkt gefährlichen Assistenz, der weiß, welche Schwierigkeiten dem Sachverständigen, namentlich auf dem Lande, bei der Vornahme von Sektionen erwachsen. Nicht zu unterschätzen ist auch das Bewußtsein der großen Verantwortung, die dem Sachverständigen bei einer gerichtlichen Leichenöffnung unter Umständen erwächst. Von seinem Gutachten hängt in vielen Fällen die Freiheit oder die unmittelbare Inhaftnahme eines Individuums ab, im weiteren Verlauf kann auch ein Leben davon abhängen. Ich erinnere hier besonders an die Fälle des Kindesmords. Da steht die Sache so, daß nur die Angaben der Beschuldigten vorhanden sind, Tatzeugen aber fehlen. Auf der anderen Seite steht der Sachverständige, der mit seinem Gutachten zu sagen hat, ob die Person das Kind getötet hat; denn eine andere Person kommt ja in der Regel nicht in Frage. Kann er sagen, daß der Tod gewaltsam eingetreten und daß er auf ein Eingreifen zurückzuführen ist, so ist das Schicksal der Beschuldigten schon besiegelt; gehen dann die Geschworenen auf sein Gutachten ein, so hängen von diesem einige Jahre eines Menschenlebens ab. Dieses Gefühl der Verantwortung hat gewiß jeder Sachverständige schon gehabt, namentlich in jüngeren Jahren, wo man noch nicht eine gewisse Routine hat und nicht weiß, worauf es bei dem Gutachten in solchen Fällen ankommt oder sich wenigstens nicht immer darüber klar ist. In solchen Fällen ist das Gefühl der Verantwortung außerordentlich groß; ihm hat auch v. Hofmann in der Einleitung seines Lehrbuches sehr treffend Ausdruck gegeben.

Wenn wir uns nun fragen, welche Irrtümer und welche Fehler bei derartigen Untersuchungshandlungen vorkommen können, so wären zunächst Fehler der Technik zu erwähnen. Ich möchte jedoch darauf hinweisen, daß diese Fehler der Technik, die uns theoretisch immer als sehr wichtig hingestellt werden und die auch zu besonderen Vorschlägen bezüglich der Wahl des Sachverständigen geführt haben, eine recht untergeordnete Rolle spielen. Es hat allerdings Ungar im vorigen Jahre auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtl. Medizin in Königsberg, wie ich aus dem Berichte[1]) entnehme, einen Fall berichtet, wo Aerzte beim Aufschneiden des Herzbeutels das Herz angeschnitten und dann geglaubt haben, es wäre eine Ruptur des Herzens. Das soll freilich nicht vorkommen;

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin etc.; Jahrgang 1911, II. Supplementheft, S. 3.

denn das ist gewiß ein grober Fehler. Aber im großen und ganzen spielt die Technik doch nicht eine so große Rolle, wie man ihr zuschreibt.

Nehmen wir zum Beispiel den Fall irgend eines Herzstichs an. Gewiß haben viele von den Herren derartige Sektionen schon gemacht. Daß da die Technik außerordentlich schwer wäre, daß man durch irgend welche Fehler der Technik ein Unheil anrichten könnte oder bei einem Stich in ein Gefäß oder bei einem Schädel, der durch einen Schlag zertrümmert wurde, das ist nicht anzunehmen. Ich kann auch nach meinen Erfahrungen bei der Ueberprüfung zahlreicher Sektionsbefunde von Landgerichtsärzten in Bayern nicht zugeben, daß grobe, für die Sache bedeutungsvolle Fehler infolge von Mängeln der Technik vorkommen. Es ist ja natürlich: wer geübt ist, wird mit einer Sektion schneller fertig werden; er wird schneller wissen, was er zu tun hat; er wird sich auch früher klar werden über den Fall. Aber daß derjenige, der weniger geschickt ist von Natur aus, oder weil er weniger in die Lage kommt, Sektionen zu machen, durch Fehler der Technik großes Unheil anrichten kann, glaube ich nicht.

Das Merkwürdige ist allerdings, daß in den Vorschriften, die ich später erwähnen werde, gerade auf diese technischen Details, auf die sonst so viel Gewicht gelegt wird, und die namentlich bei den gewaltsamen Todesarten Besonderheiten erheischen, nicht genügend eingegangen wird.

Die zweite Gruppe von Irrtümern kommt vor bei der Diagnose, das heißt bei der Auffassung eines Leichenbefundes; da ist die Sache allerdings schon etwas prekärer. Derartige Irrtümer kommen tatsächlich vor; sie können auch recht verhängnisvoll werden. Es ist mir aus den Befunden, welche ich überprüft habe, ein Fall bekannt, wo die Obduzenten eine Pachymeningitis haemorrhagica interna nicht erkannt und auf ein unmittelbar dem Tode vorangegangenes Schädeltrauma bezogen haben. Es hat sich da um einen Mann gehandelt, der einen Schuß in die Brust bekommen hatte mit einer zweimaligen Durchbohrung der Aorta descendens, aus welcher Verletzung er sich verblutete. Da haben die Kollegen keine Blutung in den Schädeldecken gefunden, auch keine Verletzung des Schädels, aber einen 3 cm dicken, aus derbem faserstoffigen peripheren und flüssigem zentralen Anteil bestehenden Bluterguß an der Innenseite der harten Hirnhaut mit muldenförmiger Vertiefung der Oberfläche einer Großhirnhälfte, so daß man nach der genauen Beschreibung sagen konnte, es hat eine Pachymeningitis interna vorgelegen.

Nun kann man diesen Fehler von zwei Seiten betrachten. Erstens einmal vom rein naturwissenschaftlichen Standpunkt kann man sagen: es ist ja begreiflich, daß die Herren das nicht erkannt haben, denn eine Pachymeningitis haemorrhagica sieht man nicht häufig. Es kann deshalb dem einen oder dem anderen passieren, daß er eine Pachymeningitis haemorrhagica nicht gesehen hat und daher an der Leiche nicht kennt. Aber da komme ich nun auf etwas anderes, was bei unserer Tätigkeit eine große Rolle

Mangel, der heute an den größeren Universitäten bezüglich des Leichenmaterials herrscht —, im Jahre vielleicht 4 oder 5 mal dazu kommt, eine Sektion zu machen; seine Uebung und Erfahrung ist demgemäß vielfach nur gering.

Zu diesen Schwierigkeiten kommen noch Umstände, die in den äußeren Verhältnissen liegen. Wer je im Leben unter ungünstigen Verhältnissen in irgend einer kleinen Leichenkammer oder gar in der Wohnung des Getöteten die Sektion gemacht hat, bei ungenügender Beleuchtung, bei einer ganz ungenügenden oder vielleicht direkt gefährlichen Assistenz, der weiß, welche Schwierigkeiten dem Sachverständigen, namentlich auf dem Lande, bei der Vornahme von Sektionen erwachsen. Nicht zu unterschätzen ist auch das Bewußtsein der großen Verantwortung, die dem Sachverständigen bei einer gerichtlichen Leichenöffnung unter Umständen erwächst. Von seinem Gutachten hängt in vielen Fällen die Freiheit oder die unmittelbare Inhaftnahme eines Individuums ab, im weiteren Verlauf kann auch ein Leben davon abhängen. Ich erinnere hier besonders an die Fälle des Kindesmords. Da steht die Sache so, daß nur die Angaben der Beschuldigten vorhanden sind, Tatzeugen aber fehlen. Auf der anderen Seite steht der Sachverständige, der mit seinem Gutachten zu sagen hat, ob die Person das Kind getötet hat; denn eine andere Person kommt ja in der Regel nicht in Frage. Kann er sagen, daß der Tod gewaltsam eingetreten und daß er auf ein Eingreifen zurückzuführen ist, so ist das Schicksal der Beschuldigten schon besiegelt; gehen dann die Geschworenen auf sein Gutachten ein, so hängen von diesem einige Jahre eines Menschenlebens ab. Dieses Gefühl der Verantwortung hat gewiß jeder Sachverständige schon gehabt, namentlich in jüngeren Jahren, wo man noch nicht eine gewisse Routine hat und nicht weiß, worauf es bei dem Gutachten in solchen Fällen ankommt oder sich wenigstens nicht immer darüber klar ist. In solchen Fällen ist das Gefühl der Verantwortung außerordentlich groß; ihm hat auch v. Hofmann in der Einleitung seines Lehrbuches sehr treffend Ausdruck gegeben.

Wenn wir uns nun fragen, welche Irrtümer und welche Fehler bei derartigen Untersuchungshandlungen vorkommen können, so wären zunächst Fehler der Technik zu erwähnen. Ich möchte jedoch darauf hinweisen, daß diese Fehler der Technik, die uns theoretisch immer als sehr wichtig hingestellt werden und die auch zu besonderen Vorschlägen bezüglich der Wahl des Sachverständigen geführt haben, eine recht untergeordnete Rolle spielen. Es hat allerdings Ungar im vorigen Jahre auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtl. Medizin in Königsberg, wie ich aus dem Berichte[1]) entnehme, einen Fall berichtet, wo Aerzte beim Aufschneiden des Herzbeutels das Herz angeschnitten und dann geglaubt haben, es wäre eine Ruptur des Herzens. Das soll freilich nicht vorkommen;

[1]) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin etc.; Jahrgang 1911. II. Supplementheft, S. 3.

...tiven Befundes, sich ein Urteil zu bilden. Dieser Stand-
...nkt des gesunden Menschenverstandes[1]) in der Be-
...ung der Grundlagen für unser Gutachten, in der Beurteilung
... Umstände ist, glaube ich, für uns als Sachverständige viel
...äßiger, als wenn man sich auf einen rein naturwisssen-
...lichen Standpunkt stellt und nur durch die objektive Be-
...ung sich ein Urteil bilden will.

Gerade bezüglich der Unterscheidung zwischen Rißquetsch-
... scharfen Wunden habe ich als junger Arzt — es ist ca. 20 Jahre
... — ein äußerst lehrreiches Beispiel erlebt, und zwar unter
...h v. Maschka, der ja eine Kapazität ersten Ranges war.
... hat es sich um folgendes gehandelt:

Es wurde mir eines Tages gemeldet, es wäre ein neugeborenes Kind
...liefert, das habe eine ganz merkwürdige Verletzung, einen durchschnittenen
...rkiefer. Ich ging gleich in den Leichenkeller hinunter; da lag das
...borene Kind mit einer gewaltigen, 4—5 cm langen, anscheinend scharf-
...gen Wunde, die sich vom rechten Mundwinkel nach hinten oben erstreckte.
...war der Meinung, die Mutter habe eine Scheere oder ein Messer genommen
... dem Kinde den Mundwinkel aufgeschnitten; in diesem Sinne äußerte ich
...n zu dem alten Herrn, der die Leiche noch nicht gesehen hatte. Da kam
...schlecht an mit meiner Diagnose, v. Maschka meinte: Das kenne ich
..., das ist kein Messer und keine Schere gewesen. Die Mutter ist dem
...de mit ein paar Fingern in den Mund hineingefahren und hat ihm den
...ndwinkel aufgerissen; was hätte denn das für einen Sinn gehabt, wenn sie
... Kinde mit einem scharfen Werkzeug den Mundwinkel aufgschnitten hätte?
... war natürlich sehr gekränkt darüber, daß der alte Herr, der das Kind
...t gesehen hatte, es besser wissen wollte als ich, der das Kind mit eigenen
Augen gesehen hatte; am anderen Tage hat sich aber herausgestellt, daß er
...och Recht gehabt hat und nicht ich, denn bei der Sektion hat sich ergeben,
... der Mundboden zerwühlt und der Gaumen eingerissen war. Die Mutter
...r tatsächlich, wie sie später gestand, dem Kinde mit einigen Fingern in
... Mund hineingefahren und hatte auf diese Weise die Zerreißung herbei-
geführt.

In diesem Falle hatte ich mich also auf Grund der rein natur-
wissenschaftlichen Beobachtungsweise geirrt, während v. Maschka
auf Grund seiner langjährigen Erfahrung und logischen Schluß-
folgerung die richtige Diagnose gestellt hatte.

So geht es vielfach. Namentlich wenn man schleunigst zu
einem Augenschein geholt wird, wenn Gericht, Staatsanwalt, Poli-
zei wissen wollen: Mit was für einem Instrument sind die Ver-
letzungen zugefügt worden? Da kann man sich sehr stark täuschen,
falls man sich nur auf Grund des (scheinbar) objektiven Befundes
äußern wollte. Ist es mir doch vorgekommen, daß ein Arzt be-
hauptet hat, die getötete Person wäre mit einem scharfen Instrument
gestochen und geschlagen, dann auch noch mit einem stumpfen
Werkzeug verletzt worden, während alle Verletzungen mit einem
stumpfen Instrument zugefügt worden waren, nur zeigten die einen
mehr, die anderen weniger zackige und gequetschte Ränder, je
nach den verschiedenen anatomischen Verhältnissen und der ver-
schiedenen Richtung der Hiebe. Auch hier wäre es durch die
einfache Ueberlegung, wie unwahrscheinlich die Anwendung so

---

[1]) Wir brauchen uns seiner nicht zu schämen; s. Goethe: Gespräche mit Eckermann, 4. Februar 1829.

spielt, das ist nämlich die logische Bearbeitung der Fälle und nicht bloß das naturwissenschaftliche Betrachten. Hätten sich die Herren bei der Sektion gesagt: Wie kommt denn das, wir wollen eine derartig kolossale Blutung in die Schädelhöhle annehmen infolge eines Schlages unmittelbar vor dem Tode, und dabei hat der Mann doch nicht die geringste Blutung in den Schädeldecken und zwei Löcher in seiner Aorta descendens gehabt, aus welchen das Blut in die linke Brusthöhle übergegangen ist. Hätten sie sich auf diese Weise geholfen, so hätten sie die naturwissenschaftliche Betrachtung, nämlich die Diagnose auf Grund einer vorangegangenen Kenntnisnahme der Pachymeningitis interna, gar nicht gebraucht, sondern sie wären auf dem Wege einer logischen Schlußfolgerung dahin gekommen, zu sagen: das kann nicht eine Blutung infolge eines Traumas sein, das hat mit dem betreffenden Delikt nichts zu tun, das muß etwas anderes sein, und wären vielleicht darauf gekommen, daß es sich um einen zufälligen Nebenbefund gehandelt hat. So wäre in diesem Falle der Fehler zu vermeiden gewesen.

Andere Fehler, die vorkommen, sind, daß z. B. eine Vergiftung nicht erkannt oder daß eine solche fälschlicherweise angenommen wird. Allerdings muß man da einige Kenntnisse haben. Wenn z. B. in einem Falle, den ich vor einigen Monaten gehabt und selbst seziert habe, der zuerst gerufene Arzt gemeint hat, die hellroten Totenflecke an der Frau rühren von einer Wurstvergiftung her, weil er gemeint hat, hellrote Totenflecke seien charakteristisch für Wurstvergiftung, so ist das wohl ein Fehler, der eine gewisse Unwissenheit verrät. Aber auch dieser Fehler wäre, ganz abgesehen von der Diagnose, auf Grund der Inspektion zu vermeiden gewesen, wenn der Kollege sich überlegt hätte, daß die Frau am Abend schlafen gegangen und am anderen Morgen tot aufgefunden worden war. Das soll eine Wurstvergiftung sein, weil sie am Abend zwei Würste gegessen hatte? Auch hier würde auf dem Wege der logischen Schlußfolgerung zu schließen sein: Das kann nach den Umständen des Falles nicht Wurstvergiftung sein, wie von den Angehörigen behauptet worden ist, sondern das muß etwas anderes sein; vielleicht wäre er dann auch auf die Idee gekommen, auf die wir beim ersten Anblick der Leiche gekommen sind, daß es nämlich eine Kohlenoxydvergiftung war und nicht eine Wurstvergiftung.

Weiter werden Fehler gemacht insofern, als äußere Hautwunden bezüglich des Instrumentes, das sie verursacht hat, irrig gedeutet werden; da kommen hauptsächlich auch wieder Verwechslungen vor zwischen Rißwunden, Quetschwunden und scharfen Wunden. Auch da kommt wieder das in Betracht, worauf ich immer in den Vorlesungen zurückkomme: Sich nicht so sehr auf die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise zu verlassen, nicht zu glauben, daß, wenn man ein Präparat eine halbe Stunde anschaut, dann die Erleuchtung kommen wird, sondern alle möglichen Momente heranzuziehen, sie logisch zu verarbeiten und auf diese Weise, allerdings auch unter Heranziehung des

objektiven Befundes, sich ein Urteil zu bilden. Dieser Standpunkt des gesunden Menschenverstandes[1]) in der Beurteilung der Grundlagen für unser Gutachten, in der Beurteilung aller Umstände ist, glaube ich, für uns als Sachverständige viel zweckmäßiger, als wenn man sich auf einen rein naturwisssenschaftlichen Standpunkt stellt und nur durch die objektive Beobachtung sich ein Urteil bilden will.

Gerade bezüglich der Unterscheidung zwischen Rißquetsch- und scharfen Wunden habe ich als junger Arzt — es ist ca. 20 Jahre her — ein äußerst lehrreiches Beispiel erlebt, und zwar unter Joseph v. Maschka, der ja eine Kapazität ersten Ranges war. Da hat es sich um folgendes gehandelt:

Es wurde mir eines Tages gemeldet, es wäre ein neugeborenes Kind eingeliefert, das habe eine ganz merkwürdige Verletzung, einen durchschnittenen Oberkiefer. Ich ging gleich in den Leichenkeller hinunter; da lag das neugeborene Kind mit einer gewaltigen, 4—5 cm langen, anscheinend scharfrandigen Wunde, die sich vom rechten Mundwinkel nach hinten oben erstreckte. Ich war der Meinung, die Mutter habe eine Scheere oder ein Messer genommen und dem Kinde den Mundwinkel aufgeschnitten; in diesem Sinne äußerte ich mich zu dem alten Herrn, der die Leiche noch nicht gesehen hatte. Da kam ich schlecht an mit meiner Diagnose, v. Maschka meinte: Das kenne ich schon, das ist kein Messer und keine Schere gewesen. Die Mutter ist dem Kinde mit ein paar Fingern in den Mund hineingefahren und hat ihm den Mundwinkel aufgerissen; was hätte denn das für einen Sinn gehabt, wenn sie dem Kinde mit einem scharfen Werkzeug den Mundwinkel aufgeschnitten hätte? Ich war natürlich sehr gekränkt darüber, daß der alte Herr, der das Kind nicht gesehen hatte, es besser wissen wollte als ich, der das Kind mit eigenen Augen gesehen hatte; am anderen Tage hat sich aber herausgestellt, daß er doch Recht gehabt hat und nicht ich, denn bei der Sektion hat sich ergeben, daß der Mundboden zerwühlt und der Gaumen eingerissen war. Die Mutter war tatsächlich, wie sie später gestand, dem Kinde mit einigen Fingern in den Mund hineingefahren und hatte auf diese Weise die Zerreißung herbeigeführt.

In diesem Falle hatte ich mich also auf Grund der rein naturwissenschaftlichen Beobachtungsweise geirrt, während v. Maschka auf Grund seiner langjährigen Erfahrung und logischen Schlußfolgerung die richtige Diagnose gestellt hatte.

So geht es vielfach. Namentlich wenn man schleunigst zu einem Augenschein geholt wird, wenn Gericht, Staatsanwalt, Polizei wissen wollen: Mit was für einem Instrument sind die Verletzungen zugefügt worden? Da kann man sich sehr stark täuschen, falls man sich nur auf Grund des (scheinbar) objektiven Befundes äußern wollte. Ist es mir doch vorgekommen, daß ein Arzt behauptet hat, die getötete Person wäre mit einem scharfen Instrument gestochen und geschlagen, dann auch noch mit einem stumpfen Werkzeug verletzt worden, während alle Verletzungen mit einem stumpfen Instrument zugefügt worden waren, nur zeigten die einen mehr, die anderen weniger zackige und gequetschte Ränder, je nach den verschiedenen anatomischen Verhältnissen und der verschiedenen Richtung der Hiebe. Auch hier wäre es durch die einfache Ueberlegung, wie unwahrscheinlich die Anwendung so

---

[1]) Wir brauchen uns seiner nicht zu schämen; s. Goethe: Gespräche mit Eckermann, 4. Februar 1829.

verschiedenartiger Werkzeuge sei, das Einfachste gewesen, ein einziges Werkzeug anzunehmen und damit der Wahrheit am nächsten zu kommen.

Ich will auf diese Fehler bezüglich der Diagnose nicht weiter eingehen — Ungar (l. c.) hat ja noch mehrfache anderweitige Beispiele gebracht — und will gleich eine weitere Gruppe von Fehlern besprechen, die auch forensisch eine Rolle spielen, das sind nämlich Fehler bezüglich der Aufnahme und Protokollierung des Befundes. Auch die schriftlichen Befunde lassen viel zu wünschen übrig. Wir sind ja natürlich in Deutschland und ziemlich in allen Kulturstaaten so weit, daß der Befund ordnungsmäßig aufgenommen werden muß, daß er von dem Schriftführer protokolliert und wiedergegeben wird. Vor Jahren hat ein älterer Kollege den Vorschlag gemacht, es sollte ein Gerichtsarzt — und zwar nur einer — während oder nach der Sektion ein paar Notizen machen und dann zu Hause den Befund niederschreiben. Das war in einer Arbeit, wo er auch über angeblich überflüssige Sektionen sich aufgehalten hat. Ich habe mich damals dagegen ausgesprochen, und wohl mit Recht; denn zu welchen Konsequenzen ein derartiger Vorschlag führen würde, haben wir erst vor einigen Monaten ersehen aus einer Arbeit von Corin[1]) in Lüttich. In Belgien ist es nämlich so, daß sich kein Mensch darum kümmert, wie die gerichtliche Sektion gemacht wird. Das Gericht bestellt zwei Sachverständige, die in irgendeiner Wohnung die Leiche inspizieren; da kommt es nun, wie Corin berichtet, tatsächlich vor, daß die Obduzenten an demselben Tage, häufig auch erst nach mehreren Tagen aus dem Gedächtnis ein Protokoll niederschreiben. Diese Protokolle sollen wunderschön aussehen. Wenn es aber nachher zu einer zweiten Obduktion kommt, zeigt sich, daß das Protokoll mit dem Befund nicht übereinstimmt. Es wurden z. B. Schädelbrüche bei einem Neugeborenen genau beschrieben; nachher wurde dann festgestellt, daß der Schädel garnicht seziert worden war. (Heiterkeit.) Oder es wurde bei einem Familienmord ein Kind seziert, aber nur der Schädel, weil er verletzt war; das Protokoll umfaßte fünf Zeilen! Später ergab sich, daß es wichtig gewesen wäre, festzustellen, wann die Tat geschehen sei, ob das Kind an dem Tage schon etwas gegessen hatte, ob noch unverdaute Speisereste im Magen waren. Das war nachträglich nicht festzustellen, weil seit dem Morde längere Zeit verflossen war. Nun hat sich der Herr Sachverständige mit einer bewundernswerten Schlauheit herausgeholfen; er hat gesagt: Wir hätten aus dem Sektionsbefunde ohnedies nichts schließen können; denn die Kinder essen bekanntlich den ganzen Tag. (Heiterkeit.)

Wenn nun auch in Deutschland und in fast allen Kulturstaaten derartige Vorkommnisse nicht möglich sind, soll doch nicht geleugnet werden, daß die Protokolle manchmal viel zu wünschen übrig lassen. Ich verkenne nicht die großen Schwierigkeiten. Es

---

[1]) Corin: Reforme de l'expertise medico-judiciaire en Belgique. Bulletin de l'Académie R. de Médecine de Belgique; 1910.

kommt mir auch heute, nachdem ich 7 bis 8000 Protokolle diktiert habe, noch vor, wenn ich schließlich zum Zwecke des ausführlichen Gutachtens mein Protokoll wieder lese, daß ich mir sage: das hättest du wohl etwas anschaulicher diktieren können. Ich sehe auch die Schwierigkeiten bei den jungen Aerzten, wenn sie nach zwei bis drei Jahren der Praxis die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst machen wollen und in den Kurs kommen; wenn man da beim Diktieren des Befundes nicht ausgiebig nachhilft, dann bleiben sie einfach stecken; es ist ganz unmöglich, irgend etwas weiteres herauszubekommen, so daß ich immer sage, man sollte eigene Diktatkurse oder eigene Kurse für die Aufnahme von Befunden einrichten. Das hätte gewiß seine großen Schwierigkeiten; auch wäre der Erfolg bei mangelnder Uebung doch zweifelhaft. Vorläufig muß von den Aerzten der ältere den Befund diktieren, und der muß das können. Viele helfen sich in der Weise, daß sie irgend ein Schema zu Rate ziehen. Es ist das natürlich kein günstiger Ausweg, eher ein Umweg, da ja diese „Hilfe" nie auf den konkreten Fall paßt. Aber was von Wichtigkeit ist, die Befunde, auf die es ankommt, z. B. bei einer Verletzung ihre Lage, Größe, Tiefe, die Beschaffenheit der Wundränder, den Wundkanal usw. genau zu beschreiben, das kann auch der weniger Geübte. Wenn einer etwa beschreibt: an der Vorderseite des rechten Oberschenkels befindet sich eine Wunde — wo, weiß man nicht — und dann handbreit davon eine gleiche Wunde — wo, weiß man wieder nicht —, dann ist damit nichts zu machen. Das ist keine Beschreibung, die in ein Protokoll hineingehört. Er müßte sie nach einem fixen Punkt, nach der Spina anterior superior, nach der Schamfuge oder nach der Kniescheibe irgendwie lokalisiert haben, so daß man weiß, wo die Verletzungen gelegen waren. In dieser Beziehung kommen wirklich zahlreiche Fehler bei Protokollen insofern vor, als die Protokollierung undeutlich ist. Ich gebe den Herren immer den Rat, wenn sie ein derartiges Protokoll diktiert haben, dann sollen sie es nachträglich noch einmal durchlesen und sollen sich denken, ob sie sich nach dem Protokoll, das da diktiert worden ist, eine Vorstellung bilden können, wie das gewesen ist; denn das ist ja der Zweck des Protokolls, daß ein Befund, der durch die Sektion ein für alle mal zerstört ist, auch ein für alle mal festgelegt wird. Man möchte sagen: es ist eine Beweisaufnahme zum ewigen Gedächtnis, weil eine spätere Beweisaufnahme in solchen Fällen nicht mehr möglich ist.

Wenn nun bei der Technik keine Fehler gemacht worden sind, wenn die Diagnose sichergestellt, wenn auch der Befund mehr oder weniger vollständig und gut niedergelegt worden ist, dann kommt etwas, wobei wieder die logische Denkarbeit in Betracht kommt und die naturwissenschaftliche Beobachtung eine geringere Rolle spielt: Das ist nämlich die Verarbeitung des Befundes zum Gutachten. Gerade auch bei diesem Teil der gerichtsärztlichen Tätigkeit möchte ich darauf hinweisen, daß wir hier auf die logische Verarbeitung aller in Betracht kommenden Um-

stände Gewicht legen müssen. Es geht nicht an, daß jemand sich einbildet: Ich habe da irgend etwas gesehen, und nun muß sich der ganze Fall nach dem richten, was ich gesehen habe. Es sind ja die Befunde nicht immer so eindeutig; es sind auch unsere Sinnesorgane nicht derartig, daß wir uns mit aller Sicherheit und in allen Fällen auf sie verlassen können. Außerdem wissen wir die ganzen Umstände in vielen Fällen nicht, und wenn irgendwelche Umstände bekannt sind, so ist es bei nicht ganz klaren, eindeutigen Befunden höchst gefährlich, sich rein auf Grund der Beobachtung mit den Umständen in Widerspruch setzen zu wollen. Kurz, ich möchte auch da bei der Bearbeitung des Befundes zum Gutachten dringend raten, alle Umstände heranzuziehen, die für den Fall eine Bedeutung haben können und nicht bloß den Befund zu berücksichtigen.

Wenn wir uns weiter fragen: welche Maßnahmen können wir treffen, um uns vor irgend welchen Irrtümern gerade bei den gerichtlichen Sektionen zu hüten? so sind zunächst mehr formelle Kautelen anzuführen, die schon gegenwärtig bestehen. Die eine formelle Kautele besteht darin, daß regelmäßig zwei Aerzte zu einer Sektion zugezogen werden. Es ist ja nach der deutschen Strafprozeßordnung für alle gerichtlichen Leichenöffnungen vorgeschrieben, daß zwei Aerzte die Sektionen machen müssen; die österreichische Strafprozeßordnung geht sogar so weit, daß für alle ärztlichen Sachverständigenhandlungen, also auch für die Untersuchung von Körperverletzungen an Lebenden zwei Sachverständige vorgeschrieben sind, auch für die psychiatrischen Untersuchungen. Diese Bestimmung ist gewiß ganz gut, und ich habe sie seinerzeit auch gegenüber einem schon oben erwähnten Aufsatz von Kornfeld[1]) über gerichtliche Sektionen verteidigt[2]). Vier Augen sehen mehr als zwei Augen. Es ist immer gut, wenn ein älterer und ein jüngerer Arzt dabei sind, die sich gegenseitig ergänzen; die reifere Erfahrung des älteren ergänzt durch das frischere Wissen des jüngeren, das allzu rasche Urteil des letzteren gehemmt und gemildert durch die Bedachtsamkeit des Alters. — Schließlich ist auch eine Sektion auf dem Lande bei den oft schwierigen Verhältnissen keine Kleinigkeit. Man denke nur an die physischen Unannehmlichkeiten bei den langwierigen Sektionen.

Was die zweite formelle Kautele anlangt, so besteht sie in dem Erlaß gewisser Vorschriften, die früher Regulative hießen und gegenwärtig in Bayern und in den andereren Bundesstaaten heißen: „Vorschriften für das Verfahren der Aerzte bei den gerichtlichen Untersuchungen von Leichen." Der Wert solcher Vorschriften ist nicht zu unterschätzen. Sie können natürlich mangelnde Uebung und mangelnde Erfahrung nicht ersetzen; immerhin sind sie für den, der wenig Uebung hat, doch wertvoll, insofern sie ihm einen Führer geben, ihn darauf aufmerksam machen, auf

---

[1]) Kornfeld: Ueberflüssige Sektionen; Groß' Archiv, Bd. VIII, S. 194.
[2]) Richter: Ueberflüssige Sektionen; ibid., Bd. VIII, S. 353.

was er achten muß, und insofern sie ihn vor Unterlassungen bewahren können. Allerdings muß ich von den Vorschriften, wie sie jetzt — in Bayern seit 1908, in Preußen seit 1905 — bestehen und die im wesentlichen gleichlautend sind, sagen, daß sie mir nicht sehr praktisch erscheinen. Ich will auf eine ausführliche Kritik der Vorschriften nicht eingehen, da eine solche in einer der nächsten Nummern der Münchener Medizinischen Wochenschrift erscheinen wird. Was ich an den Vorschriften zu bemängeln habe, ist nicht auf Grund irgend welchen Besserwissenwollens, sondern einfach auf Grund jahrzehntelanger Erfahrung: daß sie höchst unnötig kompliziert sind. Ich sehe gar nicht ein, warum im Deutschen Reich derartige komplizierte und vielfach unpraktische Vorschriften nötig sein sollen, wenn man andernorts mit einfachen Sektionsmethoden auskommt, und wenn man doch immer mit Rücksicht darauf, daß viele Sektionen auf dem Lande vorkommen, unter schwierigen Verhältnissen, von wenig geübten Obduzenten gemacht werden, an dem Grundsatz festhalten muß, daß sie so einfach wie möglich zu gestalten sind. Da müssen Sie z. B. nach den Vorschriften bald mit dem Kopf, bald mit der Brust oder dem Bauch anfangen, was manchmal zu komischen Konsequenzen führt. Ich will Ihnen das an einem Beispiel erläutern:

Ein junges Mädchen war in der Nacht plötzlich verstorben. Sie hatte ein Verhältnis mit einem Lehrer gehabt, der ihr wahrscheinlich irgend ein Mittel verabfolgte, um einen Abortus herbeizuführen. Kurz, es wurde die gerichtliche Sektion veranlaßt, teils wegen des Verdachts einer Wurstvergiftung, teils wegen des Verdachtes einer Fruchtabtreibung. Demnach vorschriftsmäßig zunächst Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle. Geruch nach bitteren Mandeln. Die Obduzenten sehen in den Vorschriften nach, da steht: Handelt es sich um den Verdacht auf Blausäurevergiftung, so empfiehlt es sich, vorher die Oeffnung der Kopfhöhle vorzunehmen. Natürlich hätten sie jetzt weiter sezieren können; aber infolge dieser Vorschrift wurde der Kopf aufgemacht. Richtig, da hat es auch wieder nach Blausäure gerochen, also war der Vorschrift genügt (Heiterkeit). Dann wurde die Sektion weiter vorgenommen; schließlich wurden die Organe zur chemischen Untersuchung eingeschickt; natürlich war es keine Blausäurevergiftung, sondern eine Nitrobenzolvergiftung. Der ganze umständliche Sektionsmodus war überflüssig gewesen.

Dann erinnere ich an die umständliche, unzureichend begründete Sektionstechnik bei neugeborenen Kindern. Virchow hat vor vielen Jahren gesagt[1]), wie wichtig bei Neugeborenen der Stand des Zwerchfells wäre; ich habe gewiß allen Respekt vor der Autorität Virchows, aber ich kann Ihnen auf Grund von Hunderten von Sektionen bei Neugeborenen sagen: der Stand des Zwerchfells ist etwas höchst Gleichgiltiges bei Neugeborenen wie auch zumeist bei Erwachsenen. Ich habe mir das auch notiert aus Sektionsbefunden von Kollegen, die ich zu überprüfen hatte, das Zwerchfell steht einmal an der dritten Rippe bei lufthaltigen Lungen, das andere mal an der vierten Rippe bei luftleeren Lungen. Das ist ohne jeden Zusammenhang mit dem Luftgehalt der Lungen. Der Zwerchfellstand hängt nämlich von

[1]) Virchow: Die Sektionstechnik. 4. Aufl., S. 7.

der Totenstarre des Zwerchfellmuskels ab, die merkwürdigerweise immer ignoriert wird, dann von anatomischen Verhältnissen, nämlich von der Breite der Rippen und der Breite der Zwischenrippenräume, vielleicht auch von der Starre der Interkostalmuskeln und der Bauchwandmuskeln. Der Luftgehalt der Lungen hat sicherlich den geringsten Einfluß auf den Zwerchfellstand. Wir haben Hunderte von Kindern seziert und haben regelmäßig mit dem Kopf angefangen, und es ist auch so gegangen. Dagegen enthalten die Vorschriften etwas nicht, was ich schon 1905 in meiner Gerichtsärztlichen Diagnostik und Technik[1]) auseinandergesetzt habe und was wenigstens in die bayrischen Vorschriften hätte hineinkommen können, da sie erst 1908 erschienen sind. Das ist nämlich der besondere Sektionsmodus, wenn der Arzt einen Verdacht auf Luftembolie hat; es ist dies tatsächlich der einzige Fall, wo man nicht mit dem Kopf anfangen, wo man nicht das Brustbein vollständig herausnehmen darf, wenn man nicht Täuschungen durch postmortales Eindringen von Luft in das Herz erleben will. Wie man dann solche Fälle von Luftembolie seziert, daß man die rechte Herzkammer unter Wasser einsticht, daß man auf Luftblasen in den Gefäßen usw. achtet, das ist alles nicht in den Vorschriften enthalten, trotzdem gerade in forensischen Fällen — Verletzungen, Abortus, Kunstfehler, Narkosetodesfälle — der Tod durch Luftembolie sehr in Betracht zu ziehen ist.

Wie gesagt, ich will mich auf eine weitere Kritik der Vorschriften nicht einlassen, weil das eine Sache für sich ist. Wenn solche Vorschriften aber wirklich einen praktischen Wert haben sollen — für Kollegen, die nicht sehr viel Gelegenheit zur Uebung haben —, dann müssen sie anders abgefaßt werden als die gegenwärtig bestehenden.

Nun kann man sich fragen: Gibt es nicht neben diesen mehr formellen Kautelen gegen Irrtümer, die schon gegenwärtig bestehen, irgendwelche sachliche oder persönliche Momente, die man da mit heranziehen könnte, um Irrtümer bei der Vornahme von Sektionen und bei der Verwertung von Sektionsbefunden zu vermeiden? Ich will hier nur en passant erwähnen, daß die Annahme, es wären viele Justizmorde oder Justizirrtümer auf ärztliche Sachverständige zurückzuführen, nicht zutrifft. Ich erinnere hier an den berüchtigten Fall Harbaum: Hier hat es sich um ein Bahnwärterkind im Alter von 9 Monaten gehandelt, das wahrscheinlich an einer Sommerdiarrhöe gestorben war — es war in der heißen Jahreszeit —; die Leiche ist dann von Ameisen benagt worden und hat — was im Sommer fast die Regel bei Kinderleichen darstellt — eine postmortale Magenerweichung bekommen. Da haben zwei anscheinend ältere Kollegen die Sektion vorgenommen und die Ameiseneinwirkung unglücklicherweise für Schwefelsäureeinwirkung gehalten, ebenso die postmortale Magenerweichung. Es wurde auch unglücklicherweise bei diesem Bahnwärter eine Flasche

---

[1]) Richter: Gerichtsärztliche Diagnostik und Technik, S. 177.

mit Schwefelsäure gefunden — ob diese darauf untersucht worden ist, ob am Rande sich Spuren von frischer Entnahme gefunden haben und dergleichen, darüber ist nichts bekannt geworden — das wäre natürlich Sache des Untersuchungsrichters gewesen. — Es wurde noch die chemische Untersuchung der Leichenteile beantragt, die ist negativ ausgefallen; trotzdem sind die zwei Aerzte bei der Diagnose einer Schwefelsäurevergiftung geblieben, was gewiß ein Fehler war. Aber das Medizinalkollegium und dann die wissenschaftliche Deputation in Berlin haben sich gegen die Annahme einer Schwefelsäurevergiftung ausgesprochen; gleichwohl ist gegen diese Begutachtung die Verurteilung erfolgt. Der Fall geht nicht auf das Konto der ärztlichen Wissenschaft und nicht zu Lasten unseres Faches, sondern auf das Konto der Juristen und zu Lasten der Schwurgerichte, vor denen ich als Unschuldiger nicht gern stehen möchte nach allen meinen Erfahrungen. (Heiterkeit).

In einem anderen Falle, dem sogenannten Rieder Justizmord, der dann von einem Rechtsanwalt Dr. Pollak[1]) veröffentlicht worden ist, wurde uns im Jahre 1898 ein Schädeldach in das Wiener Institut zugeschickt aus Ried in Oberösterreich, an der bayrischen Grenze, und eine kleine Hacke dazu. An der kleinen Hacke waren Blutspuren; das Schädeldach hatte eine kleine Depressionsfraktur an der linken Seite dargeboten. Das Gericht wollte wissen, ob das Blut an der Hacke Menschenblut sei — es war behauptet worden, es handele sich um Vogelblut —, die Sachverständigen hätten behauptet, daß das vordere Ende des Eisens der Hacke auffallend in die Depressionsfraktur an der linken Seite des Schädels hineinpasse. Wir haben in diesen Blutspuren an der Hacke — es war damals noch nicht die biologische Blutuntersuchung eingeführt — ovale, kernhaltige Blutkörperchen nachgewiesen und gesagt: Es handelt sich nicht um Menschenblut, sondern um Vogelblut, und wenn der Betreffende sagt, er hat Hühner damit geschlachtet, indem er ihnen den Kopf abgeschlagen hat, so ist es ganz gut möglich, daß diese Blutspuren dadurch bedingt sind; jedenfalls rühren sie nicht von Menschenblut her, bis auf eine verwaschene Stelle, wo überhaupt Blutkörperchen nicht mehr nachweisbar, eine Diagnose bezüglich der Blutart unmöglich war. Bezüglich des Schädeldaches haben wir gesagt: Von einem auffallenden Hineinpassen des Eisens der Hacke in die Schädelfraktur könne keine Rede sein. Derartige Depressionsbrüche ohne charakteristische Form könnten durch irgend ein stumpfkantiges Werkzeug verursacht werden; jedenfalls könne man nicht aus dem scheinbaren Passen gerade auf dieses Werkzeug schließen. Nun haben die Kollegen im Lande den Fehler begangen, daß sie übereinstimmend derartig kühne Behauptungen aufgestellt hatten. Die Sache war aber schon wieder paralysiert durch unser Gutachten, in dem wir den Fehler in den Schlüssen

[1]) Dr. Pollak: Der Rieder Justizmord. Groß' Archiv; Bd. 20, S. 308 ff.

der Kollegen dargelegt hatten. Das alles hat indessen nichts genützt, es sind zwei Unschuldige, ein Mann und eine Frau, die vor den Geschworenen standen — sie waren vielleicht schlecht vertreten worden — schuldig gesprochen, zum Tode verurteilt und zur Kerkerstrafe begnadigt worden. Der Mann ist 2 Jahre nach der Verurteilung im Kerker gestorben. Bald darauf ist das geraubte Sparkassenbuch der Ermordeten aufgefunden worden; der wirkliche Mörder wurde verhaftet und durch dessen Geständnis festgestellt, daß die Schädelverletzung durch Schlag mit einem Stein zugefügt worden war.

Auch in diesem Falle war also das Gutachten der Kollegen zu weitgehend und zu bestimmt, aber es war auch wieder zu nichte geworden durch unsere Gutachten, und wenn schließlich die Verurteilung doch erfolgt ist, kann man sie ebenfalls nicht auf das Konto der ärztlichen Sachverständigentätigkeit beziehen, sondern auf das Konto des Schwurgerichts und des Gerichtshofes, in dessen Macht es stand, den Wahrspruch der Geschworenen zu kassieren, wenn er einstimmig der Ansicht gewesen wäre, daß sich die Geschworenen bei ihrem Ausspruche in der Hauptsache zum Nachteile der Angeklagten geirrt hatten.

Trotzdem ist es gewiß richtig, daß man sich bestreben soll, vor derartigen Irrtümern in der Diagnose und Beurteilung von Verletzungen und von gewaltsamen Todesarten irgendwelche Kautelen zu schaffen. Ein sehr radikales Mittel hat in dieser Hinsicht Orth[1]) vorgeschlagen, der schon im Jahre 1908 und neuerdings wieder den Vorschlag gemacht hat, den beamteten Aerzten überhaupt die Leichenöffnung zu nehmen; es müsse dahin gestrebt werden, daß alle Sektionen, mögen sie zu welchem Zwecke immer ausgeführt werden, nur von spezialistisch ausgebildeten und in dauernder Uebung stehenden Aerzten ausgeführt werden sollten, d. h. von pathologischen Anatomen, die heutzutage, wo schon so viele Krankenhäuser ihre eigenen Prosektoren haben, nicht allzu schwierig überall zu haben seien.

Auf den ersten Anblick und für jemand, der die Verhältnisse nicht kennt, ist ja dieser Vorschlag sehr bestechend. Man könnte sagen: Wenn ich einen Sachverständigen nehmen will, so nehme ich mir denjenigen, der in dem Fache das Allerbeste leistet, und da könnte man sich weiter vorstellen, für die Vornahme von Sektionen kann man sich wirklich nichts Besseres wünschen, als den pathologischen Anatomen. Wenn man aber Erfahrungen hat über derartige Begutachtungen, weiß man, daß die Gerichte mit solchen Spezial-Begutachtern meist recht schlechte Erfahrungen machen; ich habe schon Gutachten von sehr bewährten Geburts-

[1]) Orth: Was ist Todesursache? Berliner klin. Wochenschrift; 1908, S. 485 ff.; s. auch Diskussion zu dem Vortrage von Feilchenfeld in der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft vom 17. Mai 1911 (Münchener med. Wochenschrift, 1911, S. 1163), wo Orth allerdings nur von einer „Trennung" der Gerichtsärzte von den Kreisärzten spricht, und Liebetrau: Wer soll im Unfallrentenverfahren die Obduktion machen? Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1910, S. 309.

helfern, Chirurgen und Pathologen gelesen, die für das Gericht vollkommen wertlos waren. v. Hofmann hat dies in seinem Lehrbuch[1]) auch begründet, indem er sagte: Erstens muß der Sachverständige wissen, was das Gericht haben will, er muß ein volles Verständnis des Zweckes haben, zu welchem seine Kenntnisse gebraucht werden; zweitens muß er das Gutachten in einer gewissen formellen, für das Gericht brauchbaren Weise abgeben können, und drittens gibt es infolge der eigentümlichen, durch bestimmte Rechtsfälle diktierten Anwendung medizinischen Wissens Gesichtspunkte und Fragen, die ganz spezifischer Natur sind, und über die ein sonst in seinem Fache sehr tüchtiger Mann garnicht orientiert sein kann, weil sie ihn sonst garnicht interessieren und beschäftigen. Ich erinnere Sie nur an die zahllosen Fragen, die sich beim Kindesmord ergeben bezüglich des Lebens und der Todesarten der Neugeborenen, über die Dauer des Lebens, die Sturzgeburt, die Selbsthilfe etc. — alles Fragen, die eben nur in forensischen Fällen interessieren. Ich erinnere Sie an die Fragen betreffend die Leichenveränderungen, die Identifikation, die Virginität, den Nachweis erfolgter Entbindungen usw. — kurz, es gibt auf diesem Gebiete eine ganze Menge von Gesichtspunkten und Fragen, die besonders gelernt und gelehrt werden müssen.

Gegen den Vorschlag von Orth ist aber auch sonst verschiedenes einzuwenden, z. B. daß die Prosektoren doch an und für sich schon genug zu tun und kaum Zeit hätten, um auch auswärtige Sektionen noch zu machen, da man ihnen natürlich nicht alle Leichen in ihre Prosekturen schaffen könnte, daß sie ferner auch Zeit haben müßten, um nicht bloß die ausführlichen Gutachten abzugeben, sondern auch tagelang bei irgend welchen Verhandlungen, bei Schwurgerichts- oder bei Strafkammersitzungen zu sitzen und ihre Termine abzuwarten.

Das alles geht uns allerdings nichts weiter an; denn die Prosektoren können mit Recht sagen: das werden wir in unserem Machtbereich schon machen wie wir wollen. Wichtiger ist jedoch daß man sich fragen muß: Erstens, hat ein Prosektor wirklich die nötige Erfahrung, daß er sich über derartige Fragen, namentlich des gewaltsamen Todes, äußern kann, und hat er die Erfahrung schon in dem Moment, wo er von irgend einem Institut herauskommt, wo er vielleicht Assistent war und nun Prosektor auf dem Lande wird, oder muß er sich erst an den spärlichen Fällen, die er da draußen sieht, die Erfahrung erwerben? Ferner müssen wir uns fragen: Gibt es nicht besondere spezifische Fragen, die in der pathologischen Anatomie weiter gar nicht zur Sprache kommen und die gerade für die gerichtliche Medizin von Wichtigkeit sind? Ist nicht zu befürchten, daß die Prosektoren gerade die gerichtlich-medizinischen Fragen mehr en bagatelle behandeln würden und die Rechtspflege dabei die Leidtragende wäre?

Die Erfahrungen, die ich gemacht habe, sprechen nicht sehr

[1]) v. Hofmann: Lehrbuch der gerichtlichen Medizin; 9. Aufl., S. 3.

dafür, jenen Vorschlag irgend wie ins Praktische zu übersetzen, ganz abgesehen davon, daß dem auch verschiedene strafprozessuale Schwierigkeiten im Wege stehen würden. Ich habe zum Beispiel die Erfahrungen mit einem recht bewährten alten pathologischen Anatomen gemacht, der früher die Gutachten und die Befunde von den Kollegen auf dem Lande zu überprüfen hatte; da ist folgendes vorgekommen:

Die Frau eines Bäckermeisters wurde erhängt aufgefunden, und zwar im August; sie wurde abgeschnitten, die Leiche wurde zweimal beschaut, wie das ja Vorschrift ist, es wurde eine Strangmarke konstatiert. Eine gerichtliche Leichenöffnung wurde zunächst nicht veranlaßt, da es sich ja offenbar um einen Selbstmord handelte; drei Tage nach dem Tode ist die Frau beerdigt worden. Als dann die vox populi in dem kleinen Ort den Mann beschuldigte, daß er die Frau umgebracht und die Leiche aufgehängt habe, wurde die Leiche drei Tage später exhumiert, so daß sie im ganzen sechs Tage nach dem Tode zur Sektion kam. Nun können Sie sich vorstellen, wie die Leiche aussah. Der Obduzent hat noch Reste der Strangmarke, soweit es möglich war, konstatieren, aber weiter keinen Befund erheben können, der irgendwie von Bedeutung gewesen wäre; er hat dann erklärt, es handle sich offenbar um eine Strangulierung, irgendwelche Anhaltspunkte für das Eingreifen einer dritten Person hätten sich nicht ergeben. Der Obergutachter hat hierauf an dem Befunde folgendes ausgestellt: Der betreffende Landgerichtsarzt müsse schlecht seziert haben, denn er habe in seinem Befunde angegeben: die Herzhöhlen seien leer. Nun wissen wir aber, daß beim Tode durch Ersticken die rechte Herzkammer und die rechte Vorhofkammer mit Blut erfüllt ist. Also entweder habe es sich nicht um eine Erstickung gehandelt oder der Obduzent habe einen technischen Fehler begangen, so daß das Blut aus dem Herzen ausfließen konnte. Das erstere sei nach den ganzen Umständen ausgeschlossen; denn die Frau sei erhängt gefunden, — folglich müsse der Obduzent schlecht seziert haben. Diese Ausstellung wurde, wie es praktischerweise üblich ist, dem betreffenden Landgerichtsarzt mitgeteilt, der sie sich aber nicht hat gefallen lassen — worin er sehr Recht hatte —. Er hat vielmehr alle möglichen neueren Autoren zitiert — mich hat er leider nicht zitiert (Heiterkeit) — und angegeben: Wir wissen heute, daß auf den Leichenbefund beim Erstickungstode kein Gewicht zu legen sei, sondern daß in dem Nachweise der erstickenden Ursache die Diagnose liege, und daß alle die sogenannten Erstickungsbefunde in der Leiche sich bei allen plötzlichen Todesfällen finden, weil sie nichts anderes sind, als Leichenerscheinungen usw.; er habe nicht anders seziert und diktiert, wie in anderen Fällen, er wüßte nicht, was er gemacht hätte, um den Vorwurf zu verdienen.

Leider hat der Kollege nicht die einzig richtige Antwort gefunden, nämlich, dass es sich um eine faule Leiche gehandelt hat; jeder, der faule Leichen seziert hat, weiss aber, dass das Blut in solchen aus den Herzhöhlen verschwunden ist, selbst wenn es darin war. Das war offenbar etwas, was der Kritiker nicht gewusst hat, denn wenn man nicht gezwungen ist, sehr faule Leichen zu sezieren und dabei auf alle Gesichtspunkte achten muss, kennt man den Herzbefund in solchen Leichen nicht; aprioristisch kann man ihn nicht konstruieren.

Auch sonst kann man immer wieder — selbst an Gutachten, die gewissermassen als Mustergutachten publiziert werden — die Beobachtung machen, dass sie den Anforderungen, welche wir an ein sachlich begründetes, logisch aufgebautes Gutachten zu stellen gewohnt sind, nicht entsprechen, weil den Verfassern jene Eigenschaften fehlen, die ich vorher mit den Worten v. Hofmanns angeführt habe. Ich verweise z. B. auf ein vor fast 2 Jahren

veröffentlichtes Gutachten.[1]) Es handelte sich hier um folgenden Fall:

In St. auf der Dorfstraße wurde in der Nacht zum 10. August 1903 der 52jährige Arbeiter M. tot aufgefunden. Der Tod war das Ende eines Streites, der zwischen dem Verstorbenen und Gästen des Gasthofes (Gastwirt C.) stattgefunden hatte. M. war von verschiedenen Menschen zu verschiedener Zeit tätlich angegriffen worden. Im Vordergrund der Anklage steht der Landwirt W. aus G. und der Landwirt F. aus St., die beide alsbald in Haft genommen wurden, und als dritter der Schmiedemeister X.

Da es sich darum handelt, zu entscheiden, welche Bedeutung die verschiedenen Gewalteinwirkungen, die von verschiedenen Angreifern dem M. zugefügt wurden, an dem Tode des Angegriffenen gehabt haben, so wollen wir diese in der Reihenfolge, in der sie zugefügt wurden, hier aufführen:

1. Nach vorausgegangenen wörtlichen Beleidigungen packte der Angeklagte W. den M., der auf einem Stuhl saß, so daß dieser zur Erde fiel. M. sprang sofort wieder auf und ergriff einen Schemel, wohl um ihn als Waffe zu benutzen. Bei den Bewegungen, die er machte, griff er zufällig dem Schmied X. an die Nase.

2. Schmied X. erwiderte diesen Angriff mit zwei offenbar sehr kräftig geführten Schlägen gegen das Kinn M.'s, der infolge dieser Gewalteinwirkung nach rückwärts mit dem Hinterkopf auf den Boden stürzte; es ist unsicher geblieben, ob auf die Diele oder auf die hervorragende Schwelle der nach dem Flur offenstehenden Tür.

M. blieb 5—10 Minuten nach diesem Fall regungslos auf dem Boden liegen. Nach dieser Zeit wurde er von dem Wirt C. mit Hilfe des Angeschuldigten W. aufgerichtet. Er war bei Bewußtsein, erkannte seinen Hut, wurde von den beiden Männern hinausgeführt und ging dann allein nach einer vor dem Gasthaus stehenden Linde (B), wo er sich auf den Boden legte.

Welche Mißhandlungen noch stattgefunden haben, während M. an der Linde (B) und an dem einige Meter davon befindlichen Punkt (D), sowie schließlich an dem wohl etwa 70 m weiter gelegenen Punkt, wo er tot aufgefunden wurde, sich befand, das ist nicht mit absoluter Sicherheit festgestellt worden. Sicher ist nur, daß er

3. einen Fußtritt (?) in die Rippen und

4. einen Schlag in das Gesicht erhielt.

Diese Gewaltakte wurden ausgeübt, während M. noch an den Punkten B und D lag. Anscheinend lagen sie zeitlich etwa 10 Minuten auseinander. Einen weiteren Stoß in den Nacken, so daß M. hinfiel, hat dann W. noch eingestanden.

Es ist anzunehmen, daß M. sich von dem Punkt D erhob und in der Richtung nach dem Ort hinging, wo er schließlich tot aufgefunden wurde. F. und W. wollen ihn hier, der eine stehend, der andere gehend, gesehen haben. Was aber an dem Todesort selbst sich ereignet hat, darüber fehlt die Kunde. An dem auf dem Gesicht in der Blutlache liegenden Toten fand man die Jacke bis zu den Armen über den Kopf gezogen und hinter ihm zeigten sich im Schmutz Spuren, daß er geschleift worden war.

Der Verdacht, bei diesen verschiedenen Mißhandlungen mitgewirkt zu haben, trifft die Angeschuldigten F. und W.

Das motivierte Gutachten der Obduzenten ging dahin, daß wohl alle Mißhandlungen zusammen auf den Tod des M. mitgewirkt haben könnten, daß der Tod aber durch die von W. herbeigeführten Insulte eingetreten sei. Dagegen nimmt das Medizinalkollegium an, daß der Fall auf den Hinterkopf wahrscheinlich den Tod herbeigeführt, daß aber sämtliche andere Verletzungen dazu mitgewirkt hätten.

In der Schwurgerichtssitzung vom 23. Januar 1904 ist gerichtsseitig beschlossen worden, die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen zu einem Obergutachten aufzufordern, das folgende Fragen berücksichtigen soll:

1. Welcher Ansicht zu pro 3 der in der Schwurgerichtssitzung abgegebenen Gutachten beizutreten sei?

---

[1]) Obergutachten der Kgl. Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, betreffend Tod durch Kopfverletzung. Ref. König und Orth. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin etc.; 1909, S. 1.

2a. Für den Fall, daß die Gehirnblutung schon in der Stube entstanden ist: Haben die späteren Mißhandlungen, welche M. auf der Straße erlitten hat, dazu mitgewirkt, daß M. diesen Tod gestorben ist? Hätte er ohne dieselben noch länger gelebt?

2b. Für den Fall, daß der Fall in der Stube die Gehirnblutung nicht veranlaßt hat: Welche der Verletzungen des M. haben die Gehirnblutung und den Tod desselben herbeigeführt und ferner, hat in diesem Fall der Fall des M. in der Stube zu diesem Tode des M. mitgewirkt?

In dem Gutachten werden dann aus dem Obduktionsprotokoll die nachstehenden, für die Beurteilung des Falles wichtigen Angaben mit dem Bemerken mitgeteilt, daß die Obduktion am 18. August, also 3 Tage nach dem Tode, bei vorgeschrittener Fäulnis der Leiche vorgenommen sei.

Aeußere Besichtigung.

3. Beim Umdrehen der Leiche flossen etwa 30 ccm Blut aus der Nase

5. Das dunkelbraune, dicht gewachsene Kopfhaar ist 3 cm lang, der dunkle Schnurrbart mit schwärzlich-rotem Blut besudelt, die Kopfschwarte von den Augenbrauen nach hinten bis zu den Seitenhöckern von blauroter Farbe und geschwellt. Beim Betasten erscheint sie verdickt und teigig.

6. Das Gesicht blaurot, breitgedrückt, etwas nach der rechten Seite verschoben, zeigt eine hohe, dunkel-blaurot verfärbte Stirn und geschlossene Augen. Die beiden Lider sind geschwollen und dunkelrot verfärbt, das linke mehr als das rechte. Nur mit Mühe lassen sich die Lider auseinanderziehen, worauf durch die leicht getrübten Hornhäute die Pupillen von mittlerer Weite erkannt werden. Die Gefäße der Lidbindehaut und auch die der Augäpfel sind strotzend gefüllt, so daß das Weiße im Auge von rötlicher Farbe erscheint. Auf dem linken Auge findet sich seine Bindehaut beutelförmig abgehoben in der Größe einer Bohne. Dieser Beutel ist von schwarzroter Farbe und ergießt beim Einschnitt ein seiner Größe entsprechendes Maß dunkelroten flüssigen Blutes.

7. Die Oeffnungen der Nase sind mit schwarz-dunkelrotem Blut besudelt, nach dessen Entfernung die Haut unverletzt erscheint.

8. Beide Ohren sind geschwollen und blaurot, am rechten findet sich nahe dem äußeren Eingang in der kahnförmigen Grube ein kreisrunder braunroter Fleck von 1 cm Durchmesser. Derselbe erscheint der Oberhaut beraubt, fühlt sich hart an und schneidet sich ebenso. Dabei findet sich ein geringer Blutaustritt in das Unterhautbindegewebe.

B. Innere Besichtigung.

I. Kopfhöhle.

16. Die weichen Kopfbedeckungen werden durch einen von einem Ohr quer über den Kopf verlaufenden Schnitt gespalten und zurückgeschlagen. Dabei zeigen sich ihre inneren Flächen und das Unterhautbindegewebe mit schwarzrotem, teils flüssigem, teils geronnenem Blut stark durchtränkt, so daß ihre Dicke 1,25 cm beträgt. Diese blutige Durchtränkung läßt sich nach vorn bis zu den Augenhöhlen, auf den Seiten bis in die Wangengegend verfolgen, nach hinten reicht sie bis zum Hinterhauptshöcker.

17. Die Beinhaut des Schädels ist von roter Farbe und läßt sich schwer abziehen. Sie erscheint unverletzt und mit bis zur Rundung gefüllten Gefäßen durchzogen.

18. Am Schädel erscheinen die Knochen von dichtem Gefüge und ihre Nähte fast verstrichen.

19. Durch horizontalen Sägeschnitt wird das Dach vom Schädelgrund getrennt.

20. Der Schädel sägt sich sehr schwer und aus seinem Innern entleerten sich 30 ccm dunklen flüssigen Blutes.

21. Die Schädeldecke kann erst abgehoben werden, nachdem die harte Hirnhaut in Höhe des Sägeschnittes durchgetrennt ist. Der Schädel hat auf seinem Durchschnitt eine Dicke von 7 mm. In seiner Höhlung finden sich in dem Längsblutleiter der Sichel ca. 7 ccm schwarzroten dickflüssigen Blutes.

22. Die harte Hirnhaut ist so fest mit der Innenwand des Schädels verwachsen, daß sie nur mit großer Anstrengung abgezogen werden kann. Ihre

äußere Fläche ist daher rauh, ihre innere glatt, mit dunkelrotem flüssigem Blut bedeckt.

23. Die weiche Hirnhaut ist mit einem etwa 1 mm dicken dunkelroten Blutgerinsel bedeckt, welches nicht bloß die ganze obere Fläche, sondern auch die inneren Seiten, wie auch die äußeren wie die Grundfläche bedeckt. Nach dem Abspülen erweisen sich ihre Gefäße bis zur vollen Rundung strotzend gefüllt.

24. Ein gleiches Verhalten zeigt sich auch an der Grundfläche, wo die Arterien zusammengefallen und leer sind.

25. Nach Herausnahme des Gehirns zeigen sich in den Schädelgruben zusammen etwa 30 ccm dünnflüssiges hellrotes Blut. Die harte Hirnhaut ist auch hier ungemein fest mit der knöchernen Unterlage verwachsen, so daß es schwer fällt, sie loszutrennen.

Die Blutleiter des Hirnzeltes sind mit schwarzrotem, dünnflüssigem Blut gefüllt.

Die Untersuchung des Gehirns ergab überall „das Gewebe feucht durchtränkt“ und blutreich. Im sonstigen wurden Abnormitäten, zumal Zertrümmerungen oder Blutungen in der Substanz nicht gefunden.

An den Schädelknochen wurden Brüche nicht gefunden.

II. Brust- und Bauchhöhle.

38. Durch einen Längsschnitt vom Kinn bis zur Schambeinfuge wird die Haut gespalten, dabei zeigt sich das Gewebe im Brustteil so von flüssigem Blut durchtränkt, daß sofort 30 ccm über den Hals abfließen. Das Fettpolster ist 1 cm dick. Der rechte große und kleine Brustmuskel sind blutig durchtränkt.

46. Das Herz hat die Größe der Faust des Obduzierten. Seine Kranzgefäße sind strotzend gefüllt. Vorhöfe und Kammern an ihren Außenflächen feucht glänzend. Die derbe Muskulatur ist von brauner Farbe. Im Verlauf der Gefäße reichliche Fettablagerung.

47. Der rechte Vorhof enthält ca. 15 ccm, die rechte Kammer ca. 30 ccm Blut in Form derber dunkelroter Gerinnsel.

48. Die Herzwände erweisen sich beim Aufschneiden rechts mit Blutgerinnseln bedeckt, links sind sie ohne Auflagerung.

49. Die großen Gefäße der Brust enthalten schwarzrote Blutgerinnsel.

50. Am Hals ist die Muskulatur blutig durchtränkt; auf der rechten Seite finden sich hinter dem Kopfnicker Blutgerinnsel von ca. 10 ccm Umfang. Die großen Venen sind bis zur Rundung gefüllt, die Arterien leer, die Nerven unverändert.

Im Schlunde Spuren braunrötlichen Speisebreies. . . .

52. Der Kehlkopf leer. Schleimhaut braunrot. Im oberen Teil der Luftröhre, 3 cm unterhalb des Kehlkopfes, findet sich ein rotbrauner Ballen von ca. 2 ccm Umfang und gleicher Beschaffenheit wie der im Schlund angetroffene. Die Schleimhaut braunrot bedeckt mit einer dünnen Schicht bräunlich-roten Schaums.

54. Der untere Teil der Speiseröhre ist leer.

56. Der untere Teil der Luftröhre, sowie ihre großen Verzweigungen zeigen auf ihren Wandungen rötlichen, großblasigen Schleim.

Beim Einschneiden zeigen rechts die durch große glatte Schnitte freigelegten Schnittflächen eine schwarzrote Färbung und ein feuchtes Aussehen. Bei leichtem Druck tritt aus dem Lungengewebe schwarzroter, flüssiger und kleinblasiger Schaum. Das Organ ist in allen Teilen lufthaltig.

69. Der Magen, durch Gas stark ausgedehnt, zeigt einen feuchten braunrötlichen Ueberzug, auf welchem die strotzend gefüllten Venen erkannt werden. Aufgeschnitten sinkt die Wandung zusammen. Angetroffen wird ein Speisebrei von braunroter Farbe, in welchem deutlich unverdaute Reste von Kartoffeln und Fleischstücken unterschieden werden. Nach dem Abspülen erscheint die Schleimhaut feucht glänzend und unverletzt, im Grunde von schwarzer, in den übrigen Teilen von braunroter Farbe.

77. Bei Prüfung des leeren Brustkorbs und seiner Wandung ergibt sich, daß die zweite rechte Rippe nachgiebiger erscheint und nach Einschneiden und Beiseiteschieben der Knochenhaut erkennt man in einer Ent-

fernung von 4 cm am Brustbein eine Zusammenhangstrennung der Rippe und zwischen beiden Bruchenden teils flüssiges, teils geronnenes dunkelrotes Blut.

78. Darauf wurde die Muskulatur des rechten großen Brustmuskels durchmustert; es fand sich das über dem festgestellten Rippenbruch gelegene Muskelbündel zerrissen und gequetscht in einer Ausdehnung von ungefähr 2 qcm.

Das erstattete Obergutachten lautet:

„Der Arbeiter M. gerät in Streit mit einer Anzahl von Landleuten, in welchem er offenbar von mehreren derselben in schwerer Weise mißhandelt wird, derart, daß bereits einige Stunden nach dem Beginn des Streites der Tod des mißhandelten Mannes eintrat. Der Annahme der verschiedenen Sachverständigen nach war eine oder mehrere Verletzungen, welche den Kopf betroffen hatten, die wesentliche Ursache des Todes; denn die Obduktion hatte eine Blutung in die Schädelhöhle ergeben und angeblich Gehirndruck herbeigeführt.

Während ein Teil der Verletzungen, welche sich in der Gaststube des C.schen Gasthauses ereigneten, vollkommen zeugenmäßig auch in Beziehung auf die Personenfrage festgestellt ist, während hier der Angeklagte W. und der ebenfalls beschuldigte Schmied X. die Angriffe auf M. ausführten, sind dagegen begreiflicherweise (es war dunkle Nacht und bereits nach 11 Uhr) die Erhebungen des zweiten Teils in Beziehung auf die Personenfrage unsicher. Wir müssen uns daher in der Beurteilung dieses Teiles mehr oder weniger daran halten, welche Gewalteinwirkungen auf den Körper des M. bis zu seinem Tod stattgefunden haben, ohne dabei mit Sicherheit auf die Personenfrage einzugehen.

Treten wir unter diesen Voraussetzungen in eine Zergliederung der einzelnen Gewalteinwirkungen ein, so muß wohl zunächst die von W. herbeigeführte Eröffnung des Streites, indem er dem M. einen Stoß gab, so daß derselbe zur Erde fiel, als unerheblich bezeichnet werden, denn M. erhob sich sofort zum Angriff. Dagegen müssen wir uns mit dem nun folgenden Akt seiner Bedeutung halber genauer beschäftigen. Der Schmied X. gibt dem M. zwei Stöße, wie es scheint, von unten herauf gegen das Kinn, mit einer solchen Heftigkeit, daß M. rückwärts umfällt und mit dem Hinterkopf (dröhnend, wie ein Zeuge bekundet), auf den harten Dielenboden, vielleicht auf die Türschwelle aufschlägt.

Nach dem Fall blieb M. 5—10 Minuten sprachlos und bewegungslos liegen. Er wurde von W. und dem Wirt aufgerichtet, erholte sich dann, erkannte auch seinen ihm gereichten Hut und legte sich unter die vor dem Hause stehende Linde, nachdem er von den genannten Männern hinausbefördert war, nieder; bis zu der Linde ging er ohne Unterstützung.

Die Tatsache, daß M. nach zwei mit einer Schmiedsfaust geführten Stößen oder Schlägen auf den Kinnteil des Gesichts rücklings umschlagend auf den hinteren Teil des Kopfes fällt, beweist ohne weiteres die Schwere der Gewalteinwirkung, welche den Schädel traf. Der Effekt derselben kann auch nicht weggeleugnet werden dadurch, daß an den mannigfach geschundenen, durch Fäulnis auch noch veränderten Weichteilen des Schädels nicht auf der Fläche des Hinterhauptes, sondern weit mehr auf den vorderen Gebieten sich Schwellung und Bluterguß fand. Schon mancher starb an einer Gehirnerschütterung oder Blutung durch Einwirkung stumpfer Gewalt, ohne daß am Ort der Gewalteinwirkung mehr gefunden wurde als in unserem Fall. Vollends gestützt wird aber die Annahme, daß der Fall auf das Hinterhaupt als Ursache schwerer Gehirnverletzung angesehen werden muß, durch das Verhalten des M. nach dem Fall: er blieb längere Zeit (5—10 Minuten) ohne Zeichen von Bewegung liegen und mußte dann mühsam erhoben werden. Wir haben nirgends gefunden, daß M. schwer trunken gewesen sei; nur von angetrunken ist die Rede, und so können wir nicht umhin, die längere Bewußtseinsstörung allein als eine Folge des Falles anzusehen. Eine Gehirnerschütterung war die Konsequenz des von X. ausgeübten Angriffs. Ob die durch die Obduktion aufgedeckte Blutung gleichzeitig ihren Anfang durch den Angriff auf den Kopf nahm, muß dahingestellt bleiben. Die Möglichkeit muß ohne weiteres zugegeben werden. In den Schädelgruben zeigten

sich nach Herausnahme des Gehirns etwa 80 ccm flüssigen Blutes. Eine 1 mm dicke Schicht lag auf dem Gehirn. Die 80 ccm, welche nach Herausnahme des Gehirns angeblich noch ausflossen, kamen sicher zum größten Teil aus den überall gefüllten Blutadern. Das dünnflüssige Blut könnte sich aber in seiner Menge noch erheblich vermindern mit der Annahme, daß es sich im wesentlichen um blutig gefärbten Liquor cerebrospinalis handelte. Man geht also wohl nicht an der Wahrheit vorbei, wenn man annimmt, daß höchstens etwa 50 ccm freies, über die ganze Gehirnfläche verteiltes Blut bei dem Eintritt des Todes vorhanden waren. Wollen wir annehmen, daß das Blut allmählich aus den verletzten Gefäßen — das Obduktionsprotokoll hat dieselben nicht nachgewiesen — aussickerte, so widerspricht es durchaus nicht der Erfahrung, daß M.s Verhalten bis zu der Zeit, wo wir denselben aus den Augen verlieren, sich ganz wohl mit dieser Annahme vereinigen läßt. Es ist durchaus Erfahrungen entsprechend, daß Menschen, welche nicht mehr als die hier unserer Annahme nach vorhandene Menge Blutes frei verteilt in der Schädelkapsel haben, bis zu dem Grad bewußt- und bewegungsfähig bleiben, wie wir das von M. in der fraglichen Zeit wissen. Wir werden darauf zurückkommen bei Erörterung der Frage, ob denn M. überhaupt an den direkten Folgen der Blutung, an Gehirndruck gestorben ist. Wir halten es also für möglich, daß der Fall auf den Hinterkopf den Befund von Bluterguß in die Schädelkapsel erklärt.

Wir wenden uns nun zur Betrachtung des zweiten Aktes, zur Betrachtung der Gewalteinwirkungen, welche den Körper des Verstorbenen betrafen, nachdem er das Haus verlassen hatte und zunächst sich an der Linde (B) und dem nahe liegenden Punkt (D) aufhielt.

Unter diesen Gewalteinwirkungen ist die eine ja vollkommen erklärt, wir meinen den Fußtritt auf die Brust, welcher zu schwerer Zertrümmerung der Weichteile an Brust und Hals auf der rechten Seite, sowie zu einem Rippenbruch geführt hat. (Vergl. Obduktionsprotokoll Nr. 38, 50, 77, 76.) Diese Gewalteinwirkung hat eine chirurgisch schwere Körperverletzung herbeigeführt. Sie steht aber zu dem Eintritt des Todes, welcher unzweifelhaft nicht direkt nach diesem Insult eingetreten ist, in keiner direkten Beziehung.

Im übrigen wissen wir nach den Zeugenaussagen mit einiger Sicherheit nur von Schlägen in das Gesicht (F.), von einem Stoß in das Genick, welcher M. zu Fall brachte (W.s eigene Aussage). Es bedarf keiner weiteren Motivierung, warum wir auf die Frage, welchen Einfluß diese Insulte auf den Tod des Mannes hatten, nicht eingehen. Da es den Anschein hat, daß während der Zeit, daß der Verstorbene in der Nähe des Gasthofes bei den Punkten B und D verweilte, auch noch andere bei dem Streit beteiligte Personen ihr Mütchen an ihm kühlten, so ist es denkbar, daß alle diese Mißhandlungen zusammen den Mißhandelten widerstandsunfähiger machten.

Den Eintritt des Todes an sich erklären sie nicht. Zwei Momente kommen aber jetzt der mutmaßlichen Erklärung „warum der Tod des M. eintrat" zu Hilfe. Zunächst die eigentümlichen Verhältnisse am Fundort der Leiche. M. ist auf dem Weg von dem Punkte D zu diesem Ort von zwei allerdings nicht einwandsfreien Zeugen (F. und W.), von dem einen stehend, von dem anderen gehend gesehen worden. Die Mißhandlungen an den beiden ersten Punkten (B und D) können ihn also nicht bis zum Tode erschöpft haben. Dann fand man ihn tot in der Art liegen, daß man annehmen mußte, er war von fremder Hand an diese Stelle geschleppt resp. geschleift worden. Er lag auf dem Bauch resp. Gesicht, sein Jackett war ihm hinten über den Kopf gezogen, so als wenn er an demselben gefaßt und geschleift worden wäre, und hinter dem Körper zeigten sich im Schmutz Spuren, daß der Körper in der Tat geschleift worden war. Dazu fanden sich an Ohren, Kopfschwarte und Gesicht (Obduktionsprotokoll Nr. 8, 16) Spuren von kontundierender Gewalt, welche schwer durch die bis jetzt aufgeklärten Gewalteinwirkungen erklärt werden können. Alles dies macht es also durchaus wahrscheinlich, daß noch Mißhandlungen, welche sich auf den Kopf richteten, in der Nähe des Todesortes stattgefunden haben, und daß der Totschläger aus irgendeiner Ursache sein Opfer noch ein Stück Wegs geschleift hat.

Was aber unserer Meinung nach als zweiter Punkt in Betracht kommt, das ist der Umstand, daß der Tod des M. mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit gar nicht infolge von Gehirndruck, sondern infolge von Erstickung eingetreten ist.

Die blaurote Färbung des Gesichts, die strotzende Füllung der Gefäße der Lidbindehaut (Obduktionsprotokoll 6), die starke Füllung der Venen am Hals (50), die relative Füllung des rechten Vorhofes und der rechten Kammer bei Leerheit der linken (47), die schwarzrote Färbung der Lungen durch schwarzrotes flüssiges Blut (57, 58), die Anfüllung der Lungengefäße, die Füllung der Luftröhrenverzweigungen mit kleinblasigem roten Schaum (59), das sind Zeichen, welche alle zusammen wohl zu der Leichendiagnose Erstickung mit großer Wahrscheinlichkeit berechtigen. Deuten wir aber das Obduktionsprotokoll richtig, so ist auch die Ursache für die Erstickung unschwer aus 51, 52 des Obduktionsprotokolls zu schließen. Es fanden sich darnach im Schlund Spuren braunrötlichen Speisebreies. Im oberen Teil der Luftröhre 3 cm unterhalb des Kehlkopfes findet sich ein rotbrauner Ballen von ca. 2 ccm Umfang und gleicher Beschaffenheit wie der im Schlund angetroffene.

Obwohl die Beschreibung ungenau (2 ccm Umfang?), so darf man doch wohl aus dem Befund eines obturierenden (verstopfenden) oder fast verstopfenden Klumpens in der Luftröhre zusammen mit dem Leichenbefund schließen:

M. ist an diesem Ballen von Speisebrei erstickt. Man muß sich demnach das Ende des Verstorbenen so vorstellen, daß derselbe zum Schluß noch einmal einen oder mehrere Stöße oder Schläge auf den Kopf bekam, welche ihn bewußtlos machten. In dieser Bewußtlosigkeit kam es zum Erbrechen. Bewußtlose (Trunkene, Kopfverletzte) erbrechen aber öfters, so daß sie das Erbrochene nicht aus dem geöffneten Mund herausschleudern. Dann aspirieren (ansaugen) sie unter Umständen den Speisebrei, welcher im Schlund zurückbehalten wird, und führen dadurch einen Verschluß der Atemwege herbei. Da sich im Magen Fleisch und Kartoffelstücke fanden (Obduktionsprotokoll 69), so ist es wahrscheinlich, daß der in der Luftröhre gefundene Pfropfen ein solcher Brocken war. Es ist sehr bedauerlich, daß die Obduzenten bei der Seltenheit des Befundes den fraglichen Körper nicht genauer untersucht haben.

Es ist nicht unsere Aufgabe, darauf hinzuweisen, daß die Wahrscheinlichkeit, daß der Angeklagte W. dieses tödliche Ende des M. herbeiführte, eine sehr große ist. Immerhin läßt sich nicht abweisen, daß auch die vorausgegangenen anderweiten Mißhandlungen zusammen dahin gewirkt haben, daß M. weniger widerstandsfähig war und daß sie insofern zum Eintritt des tödlichen Endes mitgewirkt haben.

Sollen wir nach Vorstehendem unsere Ansicht über den Tod des M. und die Umstände, welche dabei mitwirkten, zusammenfassen, so würde dieselbe folgendermaßen lauten.

Wir können dabei auf eine Beantwortung der uns gerichtsseitig gestellten Fragen nicht wörtlich eingehen, da unsere Annahme über die Ursache des Todes bei M. erheblich von der der vorhergehenden Sachverständigen abweicht, auf Grund welcher die Fragen des Gerichts gestellt waren.

1. Es muß die Möglichkeit zugegeben werden, daß der Anlaß zu der durch die Obduktion nachgewiesenen Gehirnblutung bereits durch den Fall auf den Hinterkopf (X.) gegeben wurde. Die darnach eingetretene, länger dauernde Bewußtlosigkeit begründet die Annahme einer heftigen Gewalteinwirkung, und die Tatsache der Blutung schließt bei der diffusen Verteilung derselben und der nicht sehr großen Menge nicht aus, daß der Verletzte noch auf den Beinen blieb, nachdem die die Blutung herbeiführende Gewalteinwirkung stattgefunden hatte.

2. Die sämtlichen übrigen bekannten Verletzungen, als da sind die Schläge in das Gesicht, wozu wir auch den von W. selbst bekundeten Stoß mit der Hand in den Nacken, nach welchem Patient angeblich hinfiel, von welchem wir aber im übrigen gar nichts wissen, rechnen, kommen nur als [illegible]wächende Momente in Betracht. Die ebenfalls dahin[illegible]örige Brust- und Rippenverletzung birgt den Charakter einer [illegible]gisch schweren Körperverletzung.

3. Es spricht alles dafür, daß M. zuletzt durch schwere Gewalteinwirkung auf den Kopf bewußtlos wurde, möglicherweise unter Mitwirkung der vorausgegangenen Gehirnerschütterung, daß er in der Bewußtlosigkeit Erbrochenes in seine Luftröhre ansaugte und daß er infolge davon an Erstickung starb.

Ob M. bereits durch den sub 1 geschilderten Insult eine Gehirnblutung erhalten hatte, oder ob die damaligen direkt nach dem Fall beobachteten Erscheinungen nur durch Gehirnerschütterung zu erklären waren, läßt sich nach dem objektiven Befund nicht entscheiden.

Möglich ist beides, wahrscheinlicher, daß die letzten Mißhandlungen, welche unserer Annahme nach dem Tod direkt vorausgingen, auch die Gehirnblutung bedingt haben.

Unserer Ausführung nach ist demnach bei dem Eintritt des Todes der durch die Angriffe auf den Schädel des M. herbeigeführte Zustand von Bewußtlosigkeit für das Erbrechen und für den durch dasselbe herbeigeführten verhängnisvollen Ausgang bestimmend gewesen. Ob auch ohne dies M. an den Folgen der im Schädel gefundenen Blutung, an Gehirndruck gestorben wäre, darüber enthalten wir uns eines bestimmten Urteils. Auf jeden Fall war die Masse des im Schädelraum bei der Obduktion gefundenen Blutes nicht so groß, wie man sie bei an Gehirndruck Leidenden oder daran Gestorbenen in der Regel findet."

Die Obduzenten hatten also angenommen, dass wohl alle Misshandlungen auf den Tod des M. mitgewirkt haben konnten, dass dieser aber durch die von W. ausgeführten Insulte eingetreten sei.

Das Medizinal-Kollegium nahm an, dass der Fall auf den Hinterkopf wahrscheinlich den Tod herbeigeführt, dass aber sämtliche anderen Verletzungen dazu mitgewirkt hätten. Eine Begründung für dies Gutachten liegt nicht vor.

Die Kgl. Wissenschaftliche Deputation nahm als Todesursache an: Erstickung im Brechakte bei Bewusstlosigkeit infolge von schwerer Gewalteinwirkung, die wahrscheinlich dem Tode direkt vorangegangen ist. Gerade dies letztere Gutachten, das von hervorragenden Fachmännern — einem Chirurgen und einem Pathologen — als Referenten gezeichnet ist, gibt aber zu schweren Bedenken Anlass.

Zunächst wird in umständlicher, gezwungener, keineswegs einwandfreier und m. E. auch überflüssiger Weise eine neue Todesursache in den Fall gebracht, während doch die umfängliche Blutung in die Schädelhöhle im Vereine mit der sie begleitenden Hirnerschütterung den Tod ausreichend erklärt. Als Zeichen des Erstickungstodes werden teils verschiedene Leichenerscheinungen angeführt — die blaurote Färbung des Gesichtes, die strotzende Füllung der Gefässe der Lidbindehaut, die starke Füllung der Venen am Hals (bei einer Leiche, die auf dem Gesichte liegend gefunden wurde!), die schwarze Färbung der Lungen (bei einer im Zustande vorgeschrittener Fäulnis sezierten Leiche) — teils agonale Veränderungen, wie die Füllung der Luftröhrenverzweigungen mit kleinblasigem, rotem Schaum (agonales Oedem). Als Ursache derErstickung gilt der Ballen von 2 ccm Umfang, der, wenn er einen Umfang von 2 cm hatte, mit seinem Durchmesser von ca. 0,7 cm (nach der Formel $2r = \frac{U}{\pi}$ berechnet), die 1,5—2,0 cm

weite Luftröhre garnicht obturieren konnte, ebensowenig aber bei einem Kubikinhalt von 2 cbcm, der ungefähr einem Zylinder von 1 qcm Bodenfläche und 2 cm Höhe entsprechen würde; der Ballen lag zudem 3 cm unterhalb des Kehlkopfes in der Luftröhre, war also nicht in einen Bronchus aspiriert. Dagegen spielen in dem Obergutachten die derben dunkelroten Gerinnsel im rechten Vorhof und in der rechten Kammer gar keine Rolle; sie passen auch nicht zu der Auffassung der Referenten. Die Blutmenge in der Schädelhöhle — welche die ganze obere Fläche, die inneren und die äusseren Seiten, wie die Grundfläche in einer Dicke von 1 mm bedeckte — wird nur auf 50 cbcm bemessen, während bei einer freiliegenden Hirnoberfläche von ca. 700 qcm [1]) mindestens 70 cbcm zu berechnen wären; zudem hat diese Berechnung gar keinen Wert, weil die konkurrierende Hirnerschütterung in ihrem Einfluss auf das angebliche Erbrechen und den Tod weit mehr in Betracht kommt, als die Blutmenge. Während die Erstickung zunächst nur mit „einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit" angenommen wird — wird später klipp und klar gesagt: „M. ist an diesem Ballen von Speisebrei erstickt." Die schwere Zertrümmerung der Weichteile an Brust und Hals auf der rechten Seite, sowie der Rippenbruch werden ausser Beziehung zu dem Eintritt des Todes gebracht, obwohl z. B. die Annahme einer Fettembolie mindestens so nahe lag, als die einer Erstickung. Zu alle dem kommt, dass der ganzen Liebe Müh umsonst ist; denn jeder Gerichtsarzt weiss, daß wenn der Tod infolge der Misshandlungen eingetreten ist — und darüber besteht hier kein Zweifel — es ganz gleichgültig ist, ob es sich um Hirndruck, Hirnerschütterung oder Erstickung infolge eines Schädeltraumas gehandelt hat; der Täter haftet eben für alle Folgen.

Bedenklich erscheint mir auch das Gutachten in seiner Neigung, die Schuld an dem Tode des M. einer bestimmten Person beizumessen, indem es ausführt: „Es ist nicht unsere Aufgabe, darauf hinzuweisen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass der Angeklagte W. dieses tödliche Ende des M. herbeiführte, eine sehr grosse ist.[2])" Ganz abgesehen davon, dass wohl kaum ein Sachverständiger die von den Gutachtern angenommene Erstickung „mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit" auf den Nackenstoss beziehen dürfte, den W. dem Verstorbenen auf dem Punkte D. zugefügt hat, nimmt ja das Gutachten selber an, dass „noch Misshandlungen, welche sich auf den Kopf richteten, in der Nähe des Todesortes stattgefunden haben." Nach dem Todesort ist M. noch gegangen (ca. 70 m weit), warum sollen denn die dortigen Misshandlungen nicht das Erbrechen und die Erstickung verursacht haben? Dass sich aber W. noch am Todesorte betätigt hat, dafür fehlt jeder Anhaltspunkt, denn „was an dem Todesorte selbst sich ereignet hat, darüber fehlt die Kunde."

---

[1]) Vierordt: Daten und Tabellen; 1906, S. 83.

[2]) Im Original gesperrt gedruckt.

Das ganze Gutachten ist ein zutreffender Beweis für das, was v. Hofmann (s. o.) über die notwendigen Eigenschaften eines gerichtsärztlichen Sachverständigen gesagt hat. Der vorliegende Fall hätte einem geübten und erfahrenen Gutachter besondere Schwierigkeiten nicht verursacht und wäre von ihm wie folgt beurteilt worden: M. hat zu verschiedenen Zeiten und von verschiedenen Personen wuchtige Schläge gegen den Kopf, in das Genick und mindestens einen Tritt gegen die Brust erhalten. Er ist infolge dieser Misshandlungen gestorben (ob an Hirnerschütterung, Hirndruck oder an der bei den Haaren herbeigezogenen Erstickung, ist gleichgültig). Es lässt sich nicht feststellen, ob eine dieser Misshandlungen für sich, oder ob mehrere, oder ob alle zusammengenommen den Tod des M. bewirkt haben. Dann ist aber der Fall des § 227 R.Str.G. gegeben:

„Ist durch eine Schlägerei oder durch einen von Mehreren gemachten Angriff der Tod eines Menschen . . . . verursacht worden, so ist Jeder, welcher sich an der Schlägerei oder dem Angriffe beteiligt hat, schon wegen dieser Beteiligung mit Gefängnis bis zu drei Jahren zu bestrafen . . . .“

Die Juristen haben eben, entsprechend ihrer besseren logischen Denkfähigkeit und nach dem Sprichworte: „Der liebe Gott weiss alles, der Jurist weiss alles besser“, solche Fälle schon vorausgesehen und in der Gesetzgebung berücksichtigt; aber auch der medizinische Sachverständige sollte sich dessen bewusst sein, dass es Grenzen für unsere Erkenntnis gibt, und dass er durch gewagte Spekulationen, durch wissenschaftlich nicht genügend fundierte Behauptungen unberechenbaren Schaden anrichten kann, zumal bei Geschworenengerichten.

Im Anschluss hieran möchte ich noch ein weiteres Gutachten kurz besprechen, das m. E. gleichfalls durch Nichtberücksichtigung längst bekannter gerichtlich-medizinischer Erfahrungen zu irrigen Schlüssen kommt.[1]) Es betrifft einen Lustmord an der 25 Jahre alten Emma S., die seit 21. Dezember abends verschwunden war und deren zerstückelte Leichenteile am 23., 25. und 27. desselben Monats aufgefunden wurden. Die von dem Autor gemeinsam mit einem Kreisarzt vorgenommene Leichenöffnung ergab im Wesentlichen:

A. Aeußere Besichtigung.

1. Die uns übergebene zerstückelte Leiche der Emma S., welche nach den Angaben am 21. d. M. verschwunden und 25 Jahre alt ist, zeigt an der Vorderfläche blaßweiße Hautfarbe und mittelstarke Muskulatur. Vorhanden sind der abgetrennte Kopf, die abgetrennten Arme, der Rumpf im Zusammenhang mit den Oberschenkeln; die Unterschenkel und Füße fehlen.

2. Die Rückenfläche des Rumpfes ist vollständig blaßweiß, ohne Totenflecke.

6. Das Jungfernhäutchen blaß, hat eine halbmondförmige Gestalt, glatte und unverletzte Ränder.

7. Der Kopf ist vom Hals getrennt. Der Schnitt ist nahezu horizontal geführt, und zwar vorn am Unterkiefer entlang. Er liegt dann 3 cm unter dem Ansatz beider Ohren und 5 cm unter dem Hinterhauptböcker. Die Wundränder der Haut sind etwas zackig, aber glatt, die durchtrennten Muskeln etwas zerfleischt; ein freier Bluterguß in das Gewebe ist nirgends bemerkbar.

[1]) Finger: Mord durch Hammelstich. Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin; 1911, 3. H., S. 36 ff.

Der Schnitt ist zwischen dem 3. und 4. Wirbelkörper durchgeführt, die beiden seitlichen Gelenkflächen des dritten Wirbels liegen bloß und der Dornfortsatz ist unverletzt. Die vorhandenen Wirbel werden herausgeschält. In der ganzen Umgebung der Wirbel findet sich kein Bluterguß und auch die hierbei freigelegten Gefaße sind leer.

8. Das Haupthaar ist dicht und braun, es ist noch in zwei Zöpfe geflochten, die herabhängen und bis 60 cm lang sind. Man bemerkt in der Umgebung des rechten Stirnhöckers eine rötlich verfärbte Stelle. Auf Einschnitte erweist sich das darunter liegende Gewebe einschließlich der Beinhaut in etwa 3 cm Durchmesser leicht blutdurchtränkt.

10. Von beiden Mundwinkeln geht eine Zusammenhangstrennung der Haut fast horizontal nach hinten, welche links 8 und rechts 6 cm mißt. Die Weichtheile sind nahezu vollständig bis in die Mundhöhle durchtrennt. Die Wundränder der Haut sowie der übrige Teil der Wundflächen sind glatt, aber vielfach eingekerbt, etwa in der Weise, wie sie ein öfters angesetztes Messer hervorbringen kann.

In der rechten Hälfte kein Bluterguß, dagegen bemerkt man im linken Kaumuskel, ihn durchsetzend, einen deutlichen fast schwarzen Bluterguß von etwa 3 cm Länge und 2 cm Breite.

12. Die am Kopf beschriebene Schnittfläche des Halses. Auch hier ist der Wundrand mehrfach eingekerbt. Vorn am Hals und hinten nahe der Mittellinie hängt je ein kleiner Hautlappen von 3 cm Länge und 1,5 cm Breite, an welchem das schneidende Instrument wiederholt eingesetzt hat.

Am Halsstumpf sind neben Weichteilen sichtbar das Zungenbein, der Kehldeckel und der Stumpf der Halswirbelsäule. Muskeln und Haut haben sich zurückgezogen. Ein deutlicher Bluterguß in oder zwischen das zerfetzte Muskelgewebe ist nirgends vorhanden.

16. Der rechte Arm ist vollständig erhalten und unversehrt, nur auf dem Handrücken bemerkt man eine längliche und eine rundliche Hautabschürfung, von denen die erstere etwa 0,8 cm lang und 0,3 cm breit ist; die letztere hat 3 mm im Durchmesser. Das darunter liegende Unterhautgewebe zeigt einen Bluterguß von entsprechender Größe.

B. Innere Besichtigung.

19. Nach Abziehen der weichen Schädeldecke sieht man wie oben schon unter Nr. 8 noch zwei solche mäßige Blutergüsse in die Kopf- und Beinhaut, von denen der eine links von der Pfeilnaht über der Kranznaht liegt und einen Durchmesser von 3,5 cm hat. Ein ganz unbedeutender Bluterguß von 5 cm Länge und 2,5 cm Breite wird noch am linken Hinterhauptbein gefunden.

23. Die Gefäße der harten Hirnhaut, wie der Längsblutleiter sind leer.

40. Das Herz . . . . . Kranzgefäße leer.

41. Beim Eröffnen der Herzkammern, wie Vorkammern, wie beim Herausschneiden des Herzens zeigt sich vollständige Blutleere.

45. Die linke Lunge . . . Die Schnittflächen sind glatt, nur auf Druck entleert sich blaßrötlicher Schaum.

Die Lungen sind blutleer.

47. Die Hinterfläche des Kehlkopfes ist zusammen mit der Speiseröhre zum großen Teil von der Wirbelsäule losgelöst. Das Gewebe in der Umgebung jener Halsorgane ist im allgemeinen verwaschen blaßrötlich.

Man bemerkt noch an verschiedenen Stellen größere und kleinere Blutaustritte. Nach Entfernung des Kehlkopfes erweist sich das ganze Gewebe um die Speiseröhre und das Gewebe vor der Wirbelsäule im Bereiche des Halses vollständig und stark blutdurchtränkt.

48. Die Spitze beider Zungenbeinhörner ist abgebrochen, das Gewebe um die Bruchstellen leicht blutdurchtränkt.

49. Im Kehlkopf befindet sich ein etwa kirschkerngroßes Kartoffelstückchen (siehe den ersten Fall). Der Schildknorpel ist unversehrt.

54. Die linke Niere . . ., das Gewebe blutleer.

55. Rechte Niere . . ., wie die linke.

Die Blutgefäße der Unterschenkel sind vollständig leer. Blutergüsse in und neben den Schnittflächen sind nirgends vorhanden.

Das vorläufige Gutachten lautete:

I. Der Tod der Emma S. ist an Verblutung erfolgt.
II. Die Verblutung ist hervorgerufen durch die Durchtrennung des Halses.
III. Die Entfernung der Oberarme und Unterschenkel kann erst nach dem Tode erfolgt sein.
IV. Dem Verblutungstod ist ein starkes Würgen vorausgegangen.

Dieses Gutachten fand weder beim Medizinalkollegium in Breslau noch bei der Wissenschaftlichen Deputation Billigung! — Ersteres sagte in seinen Revisionsbemerkungen:

„Dem maßgebenden ersten Satze des vorläufigen Gutachtens vermögen wir nicht ohne weiteres beizupflichten. Denn angesichts des Mangels blutiger Unterlaufung der zwischen Hals und Kopf vorhandenen Schnittwunde mußte von vornherein die Möglichkeit offen gehalten werden, daß auch diese Durchtrennung erst nach dem Tode erfolgt sei."

Die Wissenschaftliche Deputation führt im maßgebenden Teile ihrer Ausführungen aus:

„Die Brüche des Zungenbeins, die Ablösung des Kehlkopfes samt Speiseröhre von der Wirbelsäule können nur auf gewaltsame Weise durch von dritter Hand ausgeführte Würgebewegungen am Hals entstanden sein. Und daß dies Würgen während des Lebens stattgefunden hat, das beweisen unwiderleglich die mannigfachen Blutergüsse in der Umgebung von Zungenbein und von dem abgelösten Kehlkopf. Der Befund, die breite Ablösung der Weichteile von der Wirbelsäule, ist aber um so bedeutsamer, daß man mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit sagen darf: Der Tod ist durch das Erwürgen herbeigeführt. Auch die Blutbeulen am Kopf, wie die Abschürfungen und Blutergüsse an einer Hand sprechen wenigstens dafür, daß ein Kampf des Mörders mit dem Opfer stattgefunden hat."

„Wann die Schnitte geführt sind, welche zur Ausblutung führten, das läßt sich nicht sagen. Aber sicher muß wenigstens ein Teil derselben sehr bald nach dem Erwürgungstod geführt worden sein, der den Kopf abtrennende Schnitt vielleicht sofort danach. Sonst würde die Ausblutung nicht so vollkommen sein. Läßt sich doch nicht einmal sagen, warum der Mörder die Schnitte geführt hat. Denn nur durch die Absicht der Verkleinerung der Leiche sind sie nicht zu erklären. Damit bleiben die Schnitte im Gesicht, wie am Kehlkopf unerklärt."

Wir halten also für im höchsten Grade wahrscheinlich:

1. Die Fabrikarbeiterin S. ist an Erwürgen gestorben.
2. Die Schnitte sind sämtlich nach dem Tode ausgeführt worden, wahrscheinlich der Halsschnitt sofort nach dem Erwürgen."

Mit diesen Urteilen schien der „Verblutungstod" gerichtet und vernichtet. Die Sachlage änderte sich indeß:

Nachdem die Gerichtsbehörde längere Zeit zwei falsche Spuren verfolgt hatte, lenkte sich der Verdacht auf einen in N. angesessenen, sehr gewandten Fleischer. Die infolgedessen angestellten weiteren Ermittelungen und Beweisaufnahmen brachten Klarheit in das bisherige Dunkel und veranlaßten das Gericht, auf Grund der ersten Gutachten, dieses neuen Materials sowie der vorausgegangenen Ausführungen und an der Hand des Leichenbefundes ein nochmaliges begründetes Gutachten von den Obduzenten einzufordern, in dem versucht wird, ein Bild über den Hergang des Mordes zu geben:

Die Emma S. ist jedenfalls auf ihrem Wege nach Heinrichau in der Nähe der Erbsgruppe von ihrem Mörder angegriffen worden. Dafür spricht der an dieser Stelle aufgefundene Deckel der Kaffeekanne. Hier hat gewiß auch der erste Kampf des Mörders mit der S. stattgefunden. Sehr leicht können dabei im Handgemenge die in der Kopf- und Beinhaut des Schädels

sowie auf dem rechten Handrücken (O.-P. Nr. 19, 16 und 7) gefundenen Blutergüsse entstanden sein.

Bei dem Angriff hat der Mörder sein Opfer fest gewürgt, so daß Ohnmacht und Bewußtlosigkeit eintreten mußte bezw. eingetreten ist.

Daß ein kräftiges Würgen bei Lebzeiten der S. stattgefunden hat, beweisen die Blutergüsse in der Umgebung des gebrochenen Zungenbeins (O.-P. Nr. 48), die in der Umgebung des Kehlkopfes und der Speiseröhre gefundenen stärkeren Blutergüsse und daß mißfarbene Gewebe. Auch der Bluterguß im linken Kaumuskel (O.-P. Nr. 10) muß beim Leben der S. entstanden sein.

Bezüglich der Ablösung (O.-P. Nr. 47) des Kehlkopfes und der Speiseröhre von der Wirbelsäule nehmen wir, im Gegensatz zur Wissenschaftlichen Deputation, an, daß diese erst nach dem Tode erfolgt ist, vielleicht um nach Bloßlegung der Wirbelsäule eine geeignete Stelle für die Durchtrennung der Wirbel zu finden. Wir glauben nicht, daß selbst durch den kräftigsten Händedruck eine solche Zerstörung möglich ist. Die Blutergüsse hätten wohl auch viel stärker sein müssen. Die weiteren Vorgänge denken wir uns folgendermaßen:

Die S. ist unmittelbar nach dem Würgen in bewußtlosem, aber noch lebendem Zustande — jedenfalls ist das Herz noch tätig gewesen — in das nahe Gehölz geschleppt oder getragen worden. Hier ist dann der tödliche und zur vollen Ausblutung führende oben beschriebene Stich geführt worden. Wir verweisen auf die geschilderten Befunde des Hautschnittes in der Gegend der Halsschlagadern. Die gänzliche Ausblutung wird bewiesen durch die blaßweiße Haut, den Mangel an Totenflecken, das blutleere Gehirn. Es waren ferner die Herzgefäße zusammengefallen, d. h. blutleer, das Herz war gänzlich blutleer, ebenso waren die Unterleibseingeweide blutleer.

Ihr Schlußgutachten faßten die Obduzenten dahin zusammen:

„I. Die Emma S. ist vor dem Tode schwer, bis zur Bewußtlosigkeit und Hilflosigkeit gewürgt worden.

II. Im unmittelbaren Anschluß daran, während noch Leben in ihr und das Herz noch tätig war, ist der tödliche Halsstich gemacht worden, der die völlige Ausblutung bewirkt hat.

III. Die Schnitte am Hals und im Gesicht, die Ablösung der Arme und Unterschenkel, der Bruch des Schulterblattes sind nach dem Tode der S. erfolgt.

IV. Die gesamte Schnittführung spricht für einen Täter, der in der Handhabung des Messers geübt ist.“

Die Königliche Staatsanwaltschaft zu Glatz forderte darauf ein Obergutachten vom Medizinalkollegium in Breslau ein, das im wesentlichen lautete:

„Der Widerspruch, der z. Z. besteht, liegt also darin, daß nach dem Sachverständigen-Urteil die Leiche vollkommen ausgeblutet ist, ein Zustand, der nur während der Herzpulsation erreicht werden kann. Auf der anderen Seite fehlt den Schnitten am Halse jede Reaktion des lebenden Gewebes (Blutergüsse), so daß von der anderen Seite angenommen wird, daß die Schnittführung am Halse und auch die anderen Schnitte, nach dem Tode oder ganz unmittelbar nach dem Tode angelegt sind.“

Wie ist nun aber die Erscheinung zu erklären, daß die Ränder der Haut keine Reaktion des lebenden Körpers (Blutergüsse), wie er bei den Hammeln immer gefunden wird, aufweisen?

Nachdem das Mädchen abgestochen und ausgeblutet war, hat der Mörder den zirkulären Halsschnitt mit Durchtrennung der Wirbelsäule vorgenommen. Im Sektionsprotokoll steht vermerkt unter Nr. 7: „Die Wundränder sind etwas lückig, aber glatt; die durchtrennten Muskeln etwas zerfleischt, aber ein freier Bluterguß in das Gewebe ist nirgends bemerkbar.“ Nr. 12: „Die am Kopf beschriebene Schnittfläche entspricht derjenigen des Rumpfes. Auch hier ist der Wundrand mehrfach eingekerbt. Vorn am Hals und hinten hängt ein kleiner Hautlappen von 3 cm Länge und 1,5 cm Breite, an welchem das schneidende Instrument wiederholt eingesetzt hat.“

Dieser Befund erscheint sehr wichtig.

Als der Mörder das Mädchen mit dem Hammelstich abstach, ist wohl

mit aller Sicherheit auch in der Muskulatur der typische Bluterguß vorhanden gewesen. Als der Mörder dann nach dem Ausbluten das Mädchen zerlegte, hat er beim Halsschnitt die Muskulatur zerfetzt und auf diese Weise die ehemaligen Hämatome zerstört; diese haben, wie sich Referent am Hammel persönlich überzeugen konnte, bei dem kleinen dünnen Messer nur sehr geringe Ausdehnung in der Muskulatur und im Fett. Es ist aber auch gar nicht unmöglich, daß der mit den Verhältnissen sehr vertraute Mörder diese Blutergüsse absichtlich mit abgetragen hat. Das ungewöhnlich große Hämatom zwischen Kehlkopf und Wirbelsäule, das für ein Erwürgungshämatom ganz experimentell wäre, faßt Referent ebenfalls auf Grund seiner Studien nicht als ein Erwürgungsphänomen auf, sondern als die Folge des Halsstiches (siehe oben). Dieses ausgedehnte Hämatom in dem lockeren Zellgewebe war unter keinen Umständen zu eliminieren und blieb auch nach der Zerstückelung der Leiche, während die sehr unbedeutenden Hämatome an den Schnittflächen der Muskulatur und Haut, wie gesagt, sehr leicht entfernt waren. Daß das Mädchen nicht an Erstickung gestorben ist, geht weiter daraus hervor, daß im Sektionsprotokoll nichts von feinen Blutergüssen (Petechien) auf Herz- und Pleuraüberzug vermerkt ist (O.-P. Nr. 37—47). Gerade diese sind beim Erstickungstod des Menschen und auch der Tiere, wie Herr Schlachthofdirektor Riek-Breslau bestätigte, häufiger Befund.

Auf Grund der persönlichen Untersuchungen des Referenten über das Aussehen der Gewebe frisch geschlachteter Tiere und des Aktenstudiums ergibt sich folgendes Schlußgutachten:

I. Die S. ist gewürgt und dadurch, oder vielleicht auch noch durch einen Schlag auf den Kopf (frischer Bluterguß am Kopf) besinnungslos gemacht worden. In diesem Zustande ist sie, genau wie der Schlächter auf dem Schlachthofe verfährt, abgestochen worden.

II. Der Schnitt am Halse zur Abtrennung des Kopfes, sowie die an den anderen Gliedmaßen sind nach dem Tode angelegt.

III. Die aufgeführten Widersprüche zwischen dem völligen Ausgeblutetsein des Körpers und dem Fehlen der Muskelhämatome finden ihre Lösung in den zerfetzten Rändern der Muskeln, indem beim Hautschnitt nach dem Tode hier die Hämatome zerstört, oder von dem raffinierten Schlächter vielleicht sogar absichtlich entfernt sind."

Bei der mündlichen Verhandlung herrschte unter den 3 Sachverständigen volle Einstimmigkeit über den Verblutungstod der Emma S.

Die Wissenschaftliche Deputation hatte in dem von ihr ebenfalls eingeforderten zweiten Gutachten vom 15. November 1910 auch den früheren Standpunkt aufgegeben.[1]) massgebende Satz des Gutachtens lautet:

„Wir schließen uns dem Vorgutachten dahin an, daß die S. zunächst gewürgt worden ist, und daß ihr dann noch im Leben der Halsschnitt beigebracht worden ist, auf den die Verblutung zurückzuführen ist, während die übrigen Schnitte, durch die die Leiche zerstückelt worden ist, erst nach dem Tode bewirkt worden sind."

Bei den mitgeteilten Obergutachten fällt auf, dass eine so bekannte und vielfach erörterte Tatsache, wie die geringe Blutung in den Rändern von vital enstandenen Schnitt- und Stichwunden[2]) von

---

[1]) Eine Begründung hierfür ist in der Veröffentlichung Fingers nicht angeführt.

[2]) Blumenstock: Maschkas Handbuch; I. S. 180 (1881). Casper: Gerichtliche Leichenöffnungen; I. Hundert, S. 152 (1853). Schulz: Ueber den Wert vitaler Zeichen bei mechanischen Verletzungen. Vierteljahrrsschr. f. gerichtl. Medizin; (1876) Suppl., S. 44 ff. v. Hofmann: Lehrbuch der gerichtl. Medizin; 9. Aufl., von Kolisko, S. 369 (1903). Richter: Gerichtsärztliche Diagnostik; S. 183 (1905). Puppe: Tod durch Trauma in Schmidtmanns Handbuch; Bd. II, S. 11 (1907). Kockel: Die gewaltsamen Todesarten. Ebenda; Bd. I, S. 367.

den Sachverständigen unberücksichtigt geblieben ist, und dass die postmortale Ablösung des Kehlkopfes „von der Wirbelsäule“ auf Würgen zurückgeführt wurde, eine Hypothese, die von den Obduzenten mit Recht zurückgewiesen worden ist. Dagegen wird die totale Ausblutung der Leiche anscheinend als postmortale Ausblutung bei der Zerstückelung gedeutet. Wenn auch in diesem Falle durch die irrigen Anschauungen der Obergutachter nicht viel Unheil angerichtet werden konnte, so bleibt doch der Umstand bedenklich, dass mit einer Selbstverständlichkeit und einem Wagemut Dinge vom grünen Tisch aus begutachtet wurden, die nur auf Grund grosser Erfahrung und bei Kenntnis der einschlägigen Literatur vorsichtig zu beurteilen sind. Unter Umständen können die Folgen doch recht bedenklich sein. —

Aehnliche Differenzen in der Deutung des Leichenbefundes haben vor Jahren Heller veranlasst, die „Blutverteilung in der Leiche“ experimentell studieren zu lassen.[1])

Man wird es begreiflich finden, dass mir nach diesen Erfahrungen, sozusagen am grünen Holze, der Vorschlag von Orth bezüglich der Uebernahme der Sektionen durch die Prosektoren kein Fortschritt zu bedeuten scheint, deswegen, weil die Prosektoren, wenn sie gerichtliche Sektionen sachgemäss machen wollen, sich erst eingehend mit gerichtlicher Medizin befassen müssten. Sie müssten etwas dazu lernen; mit der blossen pathologischen Anatomie ginge es nicht. Ob sie dazu Zeit, Lust und Gelegenheit haben und ob sie die nötige Uebung haben werden, ist die Frage. Der Vorschlag basiert auf der einseitigen Ueberschätzung der naturwissenschaftlichen Beobachtung. Gerade darauf kommt es in schwierigeren Fällen, wie es die angeführten waren, weniger an, als auf einschlägige Erfahrung, Sachkenntnis und logische Verarbeitung aller Umstände. „Alle Gelehrsamkeit ist noch kein Urteil[2]).“ Man wird also wohl weiterhin bei dem alten Modus bleiben, dass nämlich die beamteten Aerzte die gerichtlichen Sektionen vornehmen. Die Frage ist nur die, ob man da nicht etwas machen kann, die Verhältnisse zu bessern, soweit es tatsächlich notwendig ist. Im grossen und ganzen muss man schon sagen — und ich kann das auch nach zweijähriger Erfahrung in München sagen — entsprechen die Sektionsbefunde doch dem Bedürfnis der Gerichte. Es ist ja schliesslich kein Unglück, wenn einmal einer bei einer Verletzung eine Luftembolie übersieht. Die Leute mit Stichen in die Vena femoralis z. B., bei welchen wir oft Luftembolie konstatieren konnten, hatten immer auch viel Blut verloren, und wenn einer da einen Verblutungstod annahm statt Luftembolie, so ist dies auch kein grosses Unglück. Bedeutungsvoll könnte ein solches Uebersehen in einem Fall von Fruchtabtreibung, bei einem angeblichen Narkosetod, einem angeblichen geburtshilflichen Kunstfehler werden; wenn aber selbst die „Vorschriften“ von der Luftembolie nichts

---

[1]) F. Krieg: Inaug.-Dissertat. Kiel 1897.
[2]) Goethe: Gespräche mit Eckermann; 28. März 1827.

wissen, wie soll der arme Gerichtsarzt auf dem Lande zu solcher Kenntnis kommen?

Wenn man aber wirklich etwas tun will für die Ausbildung der Gerichtsärzte und um allen Ansprüchen der Justizpflege entgegenzukommen, dann soll man erstens einmal die gerichtliche Medizin nicht noch weiter schädigen durch derartige Vorschläge, wie sie von Orth geschehen sind; denn was bleibt von der gerichtlichen Medizin schliesslich übrig, wenn man ihr noch die Sektionen und etwa auch noch die psychiatrischen Untersuchungen nehmen wollte? Es ist schwer zu begreifen, dass speziell in Deutschland die gerichtliche Medizin eine derart inferiore Stellung einnimmt, wie es der Fall ist. Solange ich nicht im Deutschen Reiche war, habe ich mir einen richtigen Begriff von dieser inferioren Stellung nicht gemacht. In Oesterreich, Russland, Italien, Frankreich, England, Schweden, überall hören die Studenten gerichtliche Medizin und überall werden sie in gerichtlicher Medizin geprüft, nur im Deutschen Reiche gibt es das nicht. Seit ein paar Jahren ist der Student — nicht etwa verpflichtet, gerichtliche Medizin zu hören — er ist verpflichtet, sie zu belegen, aber was das besagt, wissen wir ja alle; von den Studierenden wird die unsinnige, schon von Billroth[1]) gegeisselte Lernfreiheit aufgefasst als Freiheit, so wenig wie möglich zu lernen. Solange man nicht das Mittel hat, durch die Prüfung festzustellen, ob die Studierenden wirklich etwas gelernt haben, ist mit dem Fach weiter nichts anzufangen. Es besteht allerdings eine quasi wohlwollende Bestimmung in den Prüfungsvorschriften, wonach die Professoren anderer Fächer bei der Prüfung Fragen stellen sollen, soweit sie auf ihr Fach Bezug haben. Das ist ein Danaergeschenk! Dafür möchte ich mich bedanken, dass ein Internist oder ein Chirurg irgend welche Fragen aus der gerichtlichen Medizin stellt. Da mögen dann die alten Lehren von Erstickungsbefunden und dergleichen eine schöne Rolle spielen; damit kann höchstens Unheil angerichtet werden. Ich habe einen bewährten Chirurgen gekannt, der sich für unser Fach interessiert und die Studenten beim Praktizieren über die Qualifikation von Verletzungen gefragt hat. Wenn ich daran denke, steigen mir manchmal noch jetzt die Haare zu Berge (Heiterkeit). Also damit ist nicht geholfen. Wenn der junge Mann wirklich etwas wissen soll, muss man die gerichtliche Medizin zum Prüfungsgegenstand machen und sämtliche Studierenden verpflichten, im Staatsexamen die Prüfung abzulegen. Wenn jeder Arzt verpflichtet ist, einem Ruf als Sachverständiger Folge zu leisten und das Gericht jeden Arzt, der da herkommt, als Sachverständigen vernehmen und sich von ihm etwas erzählen lassen kann, ohne dass es imstande ist, seine Aussagen zu überprüfen — denn auch die Weisheit der Juristen hat ihre Grenzen — dann muss man auch auf der Forderung beharren, dass durch eine Prüfung seine Fähigkeit als Sachverständiger festgestellt werde.

---

[1]) Billroth: Aphorismen. Wien 1886, S. 10.

Zweitens könnte irgend eine Aenderung stattfinden bezüglich der *speziellen Ausbildung der Gerichtsärzte*. Vorläufig haben wir in Bayern eine einheitliche Prüfung für die Amtsärzte, die sich sowohl auf die Verwaltungsärzte, als auf die Landgerichtsärzte bezieht. Die Verordnung ist leider vor nicht langer Zeit neu erlassen worden, so dass es jetzt wohl einige Jahre dauern wird, bis sie geändert wird. Aber sie ist nach vieler Richtung hin verbesserungsfähig. Zunächst wären die umständlichen „wissenschaftlichen" Arbeiten abzuschaffen, die leider jetzt die Kandidaten anfertigen müssen und in der Regel aus Lesefrüchten bestehen oder alte Sachen wiederbringen in starker Anlehnung an Vergangenes; an ihre Stelle sollte die Bearbeitung praktischer Fälle unter Klausur vorgesehen werden. Wahrscheinlich wird sich für die anderen Fächer etwas ähnliches empfehlen. Die Zeit, die durch den Wegfall dieser langwierigen Arbeit gewonnen wird, könnte man dazu verwerten, dass die Herren sich längere Zeit mit gerichtlicher Medizin beschäftigen, dass sie bei Obduktionen anwesend sind, dass sie, soweit es möglich ist, auch selbst sezieren und sich eine Erfahrung in der Begutachtung und Technik erwerben. Dann wäre natürlich darauf zu sehen, dass für die Fortbildung der Gerichtsärzte etwas geschieht. Das ist ja in Bayern und in Preussen schon durchgeführt, indem *Fortbildungskurse* abgehalten werden.

Endlich wäre eine Einrichtung zu erwägen, die in Bayern und in anderen Bundesstaaten in sehr verschiedener Weise ausgeführt worden ist, nämlich die *Ueberprüfung von Sektionsgutachten* durch irgend ein Kollegium. In Bayern bestehen Medizinalkomitees an den einzelnen Universitäten. Da können derartige Sektionsbefunde und Gutachten auch samt den Akten hinkommen, damit das Medizinalkomitee ein Gutachten darüber abgibt. Aber von dieser Einrichtung wird wenig Gebrauch gemacht. Ob man dies irgend wie obligatorisch machen sollte — in Preussen ist ja die Ueberprüfung sämtlicher Sektionsgutachten durch die Medizinalkollegien obligatorisch — will ich dahingestellt sein lassen. Jedenfalls wäre die Idee zu erwägen, ob man nicht *beratende Kollegien* schaffen sollte, die etwaige Irrtümer rechtzeitig unschädlich machen. Natürlich müssten die Referenten in diesen Kollegien entsprechend ausgebildete und praktisch erfahrene Aerzte (Gerichtsärzte, Psychiater usw.) sein, was nach mir gemachten Mitteilungen bisher nicht immer der Fall zu sein scheint.

Im Grossen und Ganzen sind ja schon jetzt weitgehende Kautelen geschaffen, um die gerichtlichen Leichenöffnungen zu einer verlässlichen und sicheren Basis für ein eventuelles Gerichtsverfahren zu machen: Die Ausführung der Sektionen fast ausschliesslich durch beamtete Aerzte, die besondere Ausbildung und Prüfung der letzteren, die Zuziehung von zwei Aerzten, die Vorschriften für die Vornahme der Obduktionen, endlich die Möglichkeit einer Ueberprüfung durch eine oder, wie in Preussen, durch zwei Fachbehörden. Das darf uns aber natürlich nicht abhalten,

soweit es die Unzulänglichkeit aller menschlichen Einrichtungen möglich macht, an Verbesserungen auf diesem Gebiete zu arbeiten, im Interesse der Allgemeinheit ebensowohl, wie im Interesse unseres Standes und unseres Faches.

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion.

H. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Strassmann-Berlin. M. H.! Der Inhalt des Vortrages, den wir eben gehört haben, ist ein so reichhaltiger, daß es nicht möglich ist, in der Diskussion auf alle Punkte einzugehen, die eventuell zu Bemerkungen Anlaß geben könnten. Ich möchte mich daher auf einiges Wenige beschränken.

Der Herr Vortragende hat eine wenig freundliche Stellung eingenommen zu den Bestimmungen über die Leichenöffnung, die bei uns in Preußen 1905 eingeführt und seitdem in den meisten deutschen Staaten in ziemlich übereinstimmender Form akzeptiert worden sind. Da ich an der Abfassung dieser Vorschriften nicht ganz unbeteiligt bin, mögen mir ein paar Verteidigungsworte für dieses hart angegriffene Werk gestattet sein. Ich verkenne nicht, daß eine solche technische Vorschrift niemals etwas Ideales leisten wird, und daß irgendwelche Wünsche immer übrig bleiben werden. Es ist vielleicht ganz berechtigt, wenn seinerzeit Ungar es getadelt hat, daß die Magendarmprobe nur mit den Worten „sie kann“ statt „sie soll“ in geeigneten Fällen angewendet werden, angeführt wird; auch hat der Vortragende Recht, daß es wünschenswert gewesen wäre, wenn über die Sektionsmethode bei der Luftembolie Bestimmungen gegeben wären. Allerdings wäre durch solche Ergänzungen die Anweisung noch komplizierter geworden, als sie schon ist, und gerade diese Kompliziertheit, die Fülle der Vorschriften, hat er ja getadelt. Dabei muß man doch aber bedenken, daß in der Praxis von solchen Vorschriften immer schon ein gehöriger Abzug gemacht wird, und daß es vielleicht ganz gut ist, wenn als Ideal etwas hingestellt wird, was vielleicht mehr ist, als für gewöhnlich verlangt werden kann.

Ich glaube, daß der Herr Referent bei der Beurteilung dieser komplizierten Vorschriften und der Schwierigkeiten, die sie machen, einen Punkt nicht genügend berücksichtigt hat, in dem ich ein wesentliches Verdienst der Vorschriften sehe: Die Bestimmung im § 9, in der es ausdrücklich heißt:

„Die folgenden technischen Vorschriften über den Gang der Untersuchung sollen nicht schablonenmäßig angewandt, sondern nur als allgemeiner Leitfaden betrachtet werden, von dem je nach der Eigentümlichkeit des Falles auch abgewichen werden kann.“

Wenn die Obduzenten sich diese Vorschrift klar machen, dann werden sie von derartigen Seltsamkeiten absehen können, wie die, daß sie erst mit der Brusthöhle anfangen und, weil sie da einen Geruch nach Blausäure wahrnehmen, zwischendurch wieder die Kopfhöhle vornehmen.

Ebenso habe ich es immer für einen großen Fortschritt unserer Sektionsbestimmungen gehalten, daß im § 26 ausdrücklich gesagt wird:

„So notwendig für den Zweck der Leichenöffnung die genaue und bestimmte Wiedergabe der wichtigen Befunde ist, um so weniger erforderlich erscheint die umfangreiche Wiedergabe der Befunde, die für den Richter ohne Bedeutung sind. Für solche Befunde genügt eine zusammenfassende Behandlung.“

Ich kann wenigstens aus meinem Wirkungskreise sagen, daß gerade durch diese Bestimmung unsere Protokolle gegen früher an praktischer Verwertbarkeit wesentlich gewonnen haben, daß mancher unnütze Ballast, der sie vordem füllte, jetzt verschwunden ist, und daß die wesentlichen, wichtigen Befunde viel mehr hervortreten. Ich glaube, die Herren, die früher mit dem alten Regulativ gearbeitet haben und die jetzt die neuen Vorschriften anwenden, werden nicht verkennen, daß, wenn diese Vorschriften auch hier und da Mängel haben dürften, sie doch einen wesentlichen Fortschritt für uns gebracht haben.

Ebenso gestatten Sie mir vielleicht kurz zu bemerken, daß die obergutachtliche Tätigkeit der Wissenschaftlichen Deputation für das

weite Luftröhre garnicht obturieren konnte, ebensowenig aber bei einem Kubikinhalt von 2 cbcm, der ungefähr einem Zylinder von 1 qcm Bodenfläche und 2 cm Höhe entsprechen würde; der Ballen lag zudem 3 cm unterhalb des Kehlkopfes in der Luftröhre, war also nicht in einen Bronchus aspiriert. Dagegen spielen in dem Obergutachten die derben dunkelroten Gerinnsel im rechten Vorhof und in der rechten Kammer gar keine Rolle; sie passen auch nicht zu der Auffassung der Referenten. Die Blutmenge in der Schädelhöhle — welche die ganze obere Fläche, die inneren und die äusseren Seiten, wie die Grundfläche in einer Dicke von 1 mm bedeckte — wird nur auf 50 cbcm bemessen, während bei einer freiliegenden Hirnoberfläche von ca. 700 qcm[1]) mindestens 70 cbcm zu berechnen wären; zudem hat diese Berechnung gar keinen Wert, weil die konkurrierende Hirnerschütterung in ihrem Einfluss auf das angebliche Erbrechen und den Tod weit mehr in Betracht kommt, als die Blutmenge. Während die Erstickung zunächst nur mit „einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit“ angenommen wird — wird später klipp und klar gesagt: „M. ist an diesem Ballen von Speisebrei erstickt.“ Die schwere Zertrümmerung der Weichteile an Brust und Hals aut der rechten Seite, sowie der Rippenbruch werden ausser Beziehung zu dem Eintritt des Todes gebracht, obwohl z. B. die Annahme einer Fettembolie mindestens so nahe lag, als die einer Erstickung. Zu alle dem kommt, dass der ganzen Liebe Müh umsonst ist; denn jeder Gerichtsarzt weiss, daß wenn der Tod infolge der Misshandlungen eingetreten ist — und darüber besteht hier kein Zweifel — es ganz gleichgültig ist, ob es sich um Hirndruck, Hirnerschütterung oder Erstickung infolge eines Schädeltraumas gehandelt hat; der Täter haftet eben für alle Folgen.

Bedenklich erscheint mir auch das Gutachten in seiner Neigung, die Schuld an dem Tode des M. einer bestimmten Person beizumessen, indem es ausführt: „Es ist nicht unsere Aufgabe, darauf hinzuweisen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass der Angeklagte W. dieses tödliche Ende des M. herbeiführte, eine sehr grosse ist.[2])“ Ganz abgesehen davon, dass wohl kaum ein Sachverständiger die von den Gutachtern angenommene Erstickung „mit einer an Gewissheit grenzenden Wahrscheinlichkeit“ auf den Nackenstoss beziehen dürfte, den W. dem Verstorbenen auf dem Punkte D. zugefügt hat, nimmt ja das Gutachten selber an, dass „noch Misshandlungen, welche sich auf den Kopf richteten, in der Nähe des Todesortes stattgefunden haben.“ Nach dem Todesort ist M. noch gegangen (ca. 70 m weit), warum sollen denn die dortigen Misshandlungen nicht das Erbrechen und die Erstickung verursacht haben? Dass sich aber W. noch am Todesorte betätigt hat, dafür fehlt jeder Anhaltspunkt, denn „was an dem Todesorte selbst sich ereignet hat, darüber fehlt die Kunde.“

---

[1]) Vierordt: Daten und Tabellen; 1906, S. 83.

[2]) Im Original gesperrt gedruckt.

Das ganze Gutachten ist ein zutreffender Beweis für das, was v. Hofmann (s. o.) über die notwendigen Eigenschaften eines gerichtsärztlichen Sachverständigen gesagt hat. Der vorliegende Fall hätte einem geübten und erfahrenen Gutachter besondere Schwierigkeiten nicht verursacht und wäre von ihm wie folgt beurteilt worden: M. hat zu verschiedenen Zeiten und von verschiedenen Personen wuchtige Schläge gegen den Kopf, in das Genick und mindestens einen Tritt gegen die Brust erhalten. Er ist infolge dieser Misshandlungen gestorben (ob an Hirnerschütterung, Hirndruck oder an der bei den Haaren herbeigezogenen Erstickung, ist gleichgültig). Es lässt sich nicht feststellen, ob eine dieser Misshandlungen für sich, oder ob mehrere, oder ob alle zusammengenommen den Tod des M. bewirkt haben. Dann ist aber der Fall des § 227 R.Str.G. gegeben:

„Ist durch eine Schlägerei oder durch einen von Mehreren gemachten Angriff der Tod eines Menschen .... verursacht worden, so ist Jeder, welcher sich an der Schlägerei oder dem Angriffe beteiligt hat, schon wegen dieser Beteiligung mit Gefängnis bis zu drei Jahren zu bestrafen ....“

Die Juristen haben eben, entsprechend ihrer besseren logischen Denkfähigkeit und nach dem Sprichworte: „Der liebe Gott weiss alles, der Jurist weiss alles besser“, solche Fälle schon vorausgesehen und in der Gesetzgebung berücksichtigt; aber auch der medizinische Sachverständige sollte sich dessen bewusst sein, dass es Grenzen für unsere Erkenntnis gibt, und dass er durch gewagte Spekulationen, durch wissenschaftlich nicht genügend fundierte Behauptungen unberechenbaren Schaden anrichten kann, zumal bei Geschworenengerichten.

Im Anschluss hieran möchte ich noch ein weiteres Gutachten kurz besprechen, das m. E. gleichfalls durch Nichtberücksichtigung längst bekannter gerichtlich-medizinischer Erfahrungen zu irrigen Schlüssen kommt.[1]) Es betrifft einen Lustmord an der 25 Jahre alten Emma S., die seit 21. Dezember abends verschwunden war und deren zerstückelte Leichenteile am 23., 25. und 27. desselben Monats aufgefunden wurden. Die von dem Autor gemeinsam mit einem Kreisarzt vorgenommene Leichenöffnung ergab im Wesentlichen:

A. Aeußere Besichtigung.

1. Die uns übergebene zerstückelte Leiche der Emma S., welche nach den Angaben am 21. d. M. verschwunden und 25 Jahre alt ist, zeigt an der Vorderfläche blaßweiße Hautfarbe und mittelstarke Muskulatur. Vorhanden sind der abgetrennte Kopf, die abgetrennten Arme, der Rumpf im Zusammenhang mit den Oberschenkeln; die Unterschenkel und Füße fehlen.

2. Die Rückenfläche des Rumpfes ist vollständig blaßweiß, ohne Totenflecke.

6. Das Jungfernhäutchen blaß, hat eine halbmondförmige Gestalt, glatte und unverletzte Ränder.

7. Der Kopf ist vom Hals getrennt. Der Schnitt ist nahezu horizontal geführt, und zwar vorn am Unterkiefer entlang. Er liegt dann 3 cm unter dem Ansatz beider Ohren und 5 cm unter dem Hinterhauptböcker. Die Wundränder der Haut sind etwas zackig, aber glatt, die durchtrennten Muskeln etwas zerfleischt; ein freier Bluterguß in das Gewebe ist nirgends bemerkbar.

[1]) Finger: Mord durch Hammelstich. Vierteljahrsschr. f. ger. Medizin; 1911, 3. H., S. 86 ff.

Der Schnitt ist zwischen dem 3. und 4. Wirbelkörper durchgeführt, die beiden seitlichen Gelenkflächen des dritten Wirbels liegen bloß und der Dornfortsatz ist unverletzt. Die vorhandenen Wirbel werden herausgeschält. In der ganzen Umgebung der Wirbel findet sich kein Bluterguß und auch die hierbei freigelegten Gefaße sind leer.

8. Das Haupthaar ist dicht und braun, es ist noch in zwei Zöpfe geflochten, die herabhängen und bis 60 cm lang sind. Man bemerkt in der Umgebung des rechten Stirnhöckers eine rötlich verfärbte Stelle. Auf Einschnitte erweist sich das darunter liegende Gewebe einschließlich der Beinhaut in etwa 3 cm Durchmesser leicht blutdurchtränkt.

10. Von beiden Mundwinkeln geht eine Zusammenhangstrennung der Haut fast horizontal nach hinten, welche links 8 und rechts 6 cm mißt. Die Weichtheile sind nahezu vollständig bis in die Mundhöhle durchtrennt. Die Wundränder der Haut sowie der übrige Teil der Wundflächen sind glatt, aber vielfach eingekerbt, etwa in der Weise, wie sie ein öfters angesetztes Messer hervorbringen kann.

In der rechten Hälfte kein Bluterguß, dagegen bemerkt man im linken Kaumuskel, ihn durchsetzend, einen deutlichen fast schwarzen Bluterguß von etwa 3 cm Länge und 2 cm Breite.

12. Die am Kopf beschriebene Schnittfläche des Halses. Auch hier ist der Wundrand mehrfach eingekerbt. Vorn am Hals und hinten nahe der Mittellinie hängt je ein kleiner Hautlappen von 3 cm Länge und 1,5 cm Breite, an welchem das schneidende Instrument wiederholt eingesetzt hat.

Am Halsstumpf sind neben Weichteilen sichtbar das Zungenbein, der Kehldeckel und der Stumpf der Halswirbelsäule. Muskeln und Haut haben sich zurückgezogen. Ein deutlicher Bluterguß in oder zwischen das zerfetzte Muskelgewebe ist nirgends vorhanden.

16. Der rechte Arm ist vollständig erhalten und unversehrt, nur auf dem Handrücken bemerkt man eine längliche und eine rundliche Hautabschürfung, von denen die erstere etwa 0,8 cm lang und 0,3 cm breit ist; die letztere hat 3 mm im Durchmesser. Das darunter liegende Unterhautgewebe zeigt einen Bluterguß von entsprechender Größe.

B. Innere Besichtigung.

19. Nach Abziehen der weichen Schädeldecke sieht man wie oben schon unter Nr. 8 noch zwei solche mäßige Blutergüsse in die Kopf- und Beinhaut, von denen der eine links von der Pfeilnaht über der Kranznaht liegt und einen Durchmesser von 3,5 cm hat. Ein ganz unbedeutender Bluterguß von 5 cm Länge und 2,5 cm Breite wird noch am linken Hinterhauptbein gefunden.

23. Die Gefäße der harten Hirnhaut, wie der Längsblutleiter sind leer.

40. Das Herz . . . . . Kranzgefäße leer.

41. Beim Eröffnen der Herzkammern, wie Vorkammern, wie beim Herausschneiden des Herzens zeigt sich vollständige Blutleere.

45. Die linke Lunge . . . Die Schnittflächen sind glatt, nur auf Druck entleert sich blaßrötlicher Schaum.

Die Lungen sind blutleer.

47. Die Hinterfläche des Kehlkopfes ist zusammen mit der Speiseröhre zum großen Teil von der Wirbelsäule losgelöst. Das Gewebe in der Umgebung jener Halsorgane ist im allgemeinen verwaschen blaßrötlich.

Man bemerkt noch an verschiedenen Stellen größere und kleinere Blutaustritte. Nach Entfernung des Kehlkopfes erweist sich das ganze Gewebe um die Speiseröhre und das Gewebe vor der Wirbelsäule im Bereiche des Halses vollständig und stark blutdurchtränkt.

48. Die Spitze beider Zungenbeinhörner ist abgebrochen, das Gewebe um die Bruchstellen leicht blutdurchtränkt.

49. Im Kehlkopf befindet sich ein etwa kirschkerngroßes Kartoffelstückchen (siehe den ersten Fall). Der Schildknorpel ist unversehrt.

54. Die linke Niere . . .. das Gewebe blutleer.

55. Rechte Niere . . ., wie die linke.

Die Blutgefäße der Unterschenkel sind vollständig leer. Blutergüsse in und neben den Schnittflächen sind nirgends vorhanden.

Das vorläufige Gutachten lautete:

I. Der Tod der Emma S. ist an Verblutung erfolgt.
II. Die Verblutung ist hervorgerufen durch die Durchtrennung des Halses.
III. Die Entfernung der Oberarme und Unterschenkel kann erst nach dem Tode erfolgt sein.
IV. Dem Verblutungstod ist ein starkes Würgen vorausgegangen.

Dieses Gutachten fand weder beim Medizinalkollegium in Breslau noch bei der Wissenschaftlichen Deputation Billigung! — Ersteres sagte in seinen Revisionsbemerkungen:

„Dem maßgebenden ersten Satze des vorläufigen Gutachtens vermögen wir nicht ohne weiteres beizupflichten. Denn angesichts des Mangels blutiger Unterlaufung der zwischen Hals und Kopf vorhandenen Schnittwunde mußte von vornherein die Möglichkeit offen gehalten werden, daß auch diese Durchtrennung erst nach dem Tode erfolgt sei."

Die Wissenschaftliche Deputation führt im maßgebenden Teile ihrer Ausführungen aus:

„Die Brüche des Zungenbeins, die Ablösung des Kehlkopfes samt Speiseröhre von der Wirbelsäule können nur auf gewaltsame Weise durch von dritter Hand ausgeführte Würgebewegungen am Hals entstanden sein. Und daß dies Würgen während des Lebens stattgefunden hat, das beweisen unwiderleglich die mannigfachen Blutergüsse in der Umgebung von Zungenbein und von dem abgelösten Kehlkopf. Der Befund, die breite Ablösung der Weichteile von der Wirbelsäule, ist aber um so bedeutsamer, daß man mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit sagen darf: Der Tod ist durch das Erwürgen herbeigeführt. Auch die Blutbeulen am Kopf, wie die Abschürfungen und Blutergüsse an einer Hand sprechen wenigstens dafür, daß ein Kampf des Mörders mit dem Opfer stattgefunden hat."

„Wann die Schnitte geführt sind, welche zur Ausblutung führten, das läßt sich nicht sagen. Aber sicher muß wenigstens ein Teil derselben sehr bald nach dem Erwürgungstod geführt worden sein, der den Kopf abtrennende Schnitt vielleicht sofort danach. Sonst würde die Ausblutung nicht so vollkommen sein. Läßt sich doch nicht einmal sagen, warum der Mörder die Schnitte geführt hat. Denn nur durch die Absicht der Verkleinerung der Leiche sind sie nicht zu erklären. Damit bleiben die Schnitte im Gesicht, wie am Kehlkopf unerklärt."

Wir halten also für im höchsten Grade wahrscheinlich:

1. Die Fabrikarbeiterin S. ist an Erwürgen gestorben.
2. Die Schnitte sind sämtlich nach dem Tode ausgeführt worden, wahrscheinlich der Halsschnitt sofort nach dem Erwürgen."

Mit diesen Urteilen schien der „Verblutungstod" gerichtet und vernichtet. Die Sachlage änderte sich indeß:

Nachdem die Gerichtsbehörde längere Zeit zwei falsche Spuren verfolgt hatte, lenkte sich der Verdacht auf einen in N. angesessenen, sehr gewandten Fleischer. Die infolgedessen angestellten weiteren Ermittelungen und Beweisaufnahmen brachten Klarheit in das bisherige Dunkel und veranlaßten das Gericht, auf Grund der ersten Gutachten, dieses neuen Materials sowie der vorausgegangenen Ausführungen und an der Hand des Leichenbefundes ein nochmaliges begründetes Gutachten von den Obduzenten einzufordern, in dem versucht wird, ein Bild über den Hergang des Mordes zu geben:

Die Emma S. ist jedenfalls auf ihrem Wege nach Heinrichau in der Nähe der Erbsgruppe von ihrem Mörder angegriffen worden. Dafür spricht der an dieser Stelle aufgefundene Deckel der Kaffeekanne. Hier hat gewiß auch der erste Kampf des Mörders mit der S. stattgefunden. Sehr leicht können dabei im Handgemenge die in der Kopf- und Beinhaut des Schädels

sowie auf dem rechten Handrücken (O.-P. Nr. 19, 16 und 7) gefundenen Blutergüsse entstanden sein.

Bei dem Angriff hat der Mörder sein Opfer fest gewürgt, so daß Ohnmacht und Bewußtlosigkeit eintreten mußte bezw. eingetreten ist.

Daß ein kräftiges Würgen bei Lebzeiten der S. stattgefunden hat, beweisen die Blutergüsse in der Umgebung des gebrochenen Zungenbeins (O.-P. Nr. 48), die in der Umgebung des Kehlkopfes und der Speiseröhre gefundenen stärkeren Blutergüsse und daß mißfarbene Gewebe. Auch der Bluterguß im linken Kaumuskel (O.-P. Nr. 10) muß beim Leben der S. entstanden sein.

Bezüglich der Ablösung (O.-P. Nr. 47) des Kehlkopfes und der Speiseröhre von der Wirbelsäule nehmen wir, im Gegensatz zur Wissenschaftlichen Deputation, an, daß diese erst nach dem Tode erfolgt ist, vielleicht um nach Bloßlegung der Wirbelsäule eine geeignete Stelle für die Durchtrennung der Wirbel zu finden. Wir glauben nicht, daß selbst durch den kräftigsten Händedruck eine solche Zerstörung möglich ist. Die Blutergüsse hätten wohl auch viel stärker sein müssen. Die weiteren Vorgänge denken wir uns folgendermaßen:

Die S. ist unmittelbar nach dem Würgen in bewußtlosem, aber noch lebendem Zustande — jedenfalls ist das Herz noch tätig gewesen — in das nahe Gehölz geschleppt oder getragen worden. Hier ist dann der tödliche und zur vollen Ausblutung führende oben beschriebene Stich geführt worden. Wir verweisen auf die geschilderten Befunde des Hautschnittes in der Gegend der Halsschlagadern. Die gänzliche Ausblutung wird bewiesen durch die blaßweiße Haut, den Mangel an Totenflecken, das blutleere Gehirn. Es waren ferner die Herzgefäße zusammengefallen, d. h. blutleer, das Herz war gänzlich blutleer, ebenso waren die Unterleibseingeweide blutleer.

Ihr Schlußgutachten faßten die Obduzenten dahin zusammen:

„I. Die Emma S. ist vor dem Tode schwer, bis zur Bewußtlosigkeit und Hilflosigkeit gewürgt worden.

II. Im unmittelbaren Anschluß daran, während noch Leben in ihr und das Herz noch tätig war, ist der tödliche Halsstich gemacht worden, der die völlige Ausblutung bewirkt hat.

III. Die Schnitte am Hals und im Gesicht, die Ablösung der Arme und Unterschenkel, der Bruch des Schulterblattes sind nach dem Tode der S. erfolgt.

IV. Die gesamte Schnittführung spricht für einen Täter, der in der Handhabung des Messers geübt ist."

Die Königliche Staatsanwaltschaft zu Glatz forderte darauf ein Obergutachten vom Medizinalkollegium in Breslau ein, das im wesentlichen lautete:

„Der Widerspruch, der z. Z. besteht, liegt also darin, daß nach dem Sachverständigen-Urteil die Leiche vollkommen ausgeblutet ist, ein Zustand, der nur während der Herzpulsation erreicht werden kann. Auf der anderen Seite fehlt den Schnitten am Halse jede Reaktion des lebenden Gewebes (Blutergüsse), so daß von der anderen Seite angenommen wird, daß die Schnittführung am Halse und auch die anderen Schnitte, nach dem Tode oder ganz unmittelbar nach dem Tode angelegt sind."

Wie ist nun aber die Erscheinung zu erklären, daß die Ränder der Haut keine Reaktion des lebenden Körpers (Blutergüsse), wie er bei den Hammeln immer gefunden wird, aufweisen?

Nachdem das Mädchen abgestochen und ausgeblutet war, hat der Mörder den zirkulären Halsschnitt mit Durchtrennung der Wirbelsäule vorgenommen. Im Sektionsprotokoll steht vermerkt unter Nr. 7: „Die Wundränder sind etwas lückig, aber glatt; die durchtrennten Muskeln etwas zerfleischt, aber ein freier Bluterguß in das Gewebe ist nirgends bemerkbar." Nr. 12: „Die am Kopf beschriebene Schnittfläche entspricht derjenigen des Rumpfes. Auch hier ist der Wundrand mehrfach eingekerbt. Vorn am Hals und hinten hängt ein kleiner Hautlappen von 3 cm Länge und 1.5 cm Breite, an welchem das schneidende Instrument wiederholt eingesetzt hat."

Dieser Befund erscheint sehr wichtig.

Als der Mörder das Mädchen mit dem Hammelstich abstach, ist wohl

mit aller Sicherheit auch in der Muskulatur der typische Bluterguß vorhanden gewesen. Als der Mörder dann nach dem Ausbluten das Mädchen zerlegte, hat er beim Halsschnitt die Muskulatur zerfetzt und auf diese Weise die ehemaligen Hämatome zerstört; diese haben, wie sich Referent am Hammel persönlich überzeugen konnte, bei dem kleinen dünnen Messer nur sehr geringe Ausdehnung in der Muskulatur und im Fett. Es ist aber auch gar nicht unmöglich, daß der mit den Verhältnissen sehr vertraute Mörder diese Blutergüsse absichtlich mit abgetragen hat. Das ungewöhnlich große Hämatom zwischen Kehlkopf und Wirbelsäule, das für ein Erwürgungshämatom ganz experimentell wäre, faßt Referent ebenfalls auf Grund seiner Studien nicht als ein Erwürgungsphänomen auf, sondern als die Folge des Halsstiches (siehe oben). Dieses ausgedehnte Hämatom in dem lockeren Zellgewebe war unter keinen Umständen zu eliminieren und blieb auch nach der Zerstückelung der Leiche, während die sehr unbedeutenden Hämatome an den Schnittflächen der Muskulatur und Haut, wie gesagt, sehr leicht entfernt waren. Daß das Mädchen nicht an Erstickung gestorben ist, geht weiter daraus hervor, daß im Sektionsprotokoll nichts von feinen Blutergüssen (Petechien) auf Herz- und Pleuraüberzug vermerkt ist (O.-P. Nr. 37—47). Gerade diese sind beim Erstickungstod des Menschen und auch der Tiere, wie Herr Schlachthofdirektor Riek-Breslau bestätigte, häufiger Befund.

Auf Grund der persönlichen Untersuchungen des Referenten über das Aussehen der Gewebe frisch geschlachteter Tiere und des Aktenstudiums ergibt sich folgendes Schlußgutachten:

I. Die S. ist gewürgt und dadurch, oder vielleicht auch noch durch einen Schlag auf den Kopf (frischer Bluterguß am Kopf) besinnungslos gemacht worden. In diesem Zustande ist sie, genau wie der Schlächter auf dem Schlachthofe verfährt, abgestochen worden.

II. Der Schnitt am Halse zur Abtrennung des Kopfes, sowie die an den anderen Gliedmaßen sind nach dem Tode angelegt.

III. Die aufgeführten Widersprüche zwischen dem völligen Ausgeblutetsein des Körpers und dem Fehlen der Muskelhämatome finden ihre Lösung in den zerfetzten Rändern der Muskeln, indem beim Hautschnitt nach dem Tode hier die Hämatome zerstört, oder von dem raffinierten Schlächter vielleicht sogar absichtlich entfernt sind."

Bei der mündlichen Verhandlung herrschte unter den 3 Sachverständigen volle Einstimmigkeit über den Verblutungstod der Emma S.

Die Wissenschaftliche Deputation hatte in dem von ihr ebenfalls eingeforderten zweiten Gutachten vom 15. November 1910 auch den früheren Standpunkt aufgegeben.[1]) massgebende Satz des Gutachtens lautet:

„Wir schließen uns dem Vorgutachten dahin an, daß die S. zunächst gewürgt worden ist, und daß ihr dann noch im Leben der Halsschnitt beigebracht worden ist, auf den die Verblutung zurückzuführen ist, während die übrigen Schnitte, durch die die Leiche zerstückelt worden ist, erst nach dem Tode bewirkt worden sind."

Bei den mitgeteilten Obergutachten fällt auf, dass eine so bekannte und vielfach erörterte Tatsache, wie die geringe Blutung in den Rändern von vital enstandenen Schnitt- und Stichwunden[2]) von

---

[1]) Eine Begründung hierfür ist in der Veröffentlichung Fingers nicht angeführt.

[2]) Blumenstock: Maschkas Handbuch; I. S. 180 (1881). Casper: Gerichtliche Leichenöffnungen; I. Hundert, S. 152 (1853). Schulz: Ueber den Wert vitaler Zeichen bei mechanischen Verletzungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin; (1876) Suppl., S. 44 ff. v. Hofmann: Lehrbuch der gerichtl. Medizin; 9. Aufl., von Kolisko, S. 369 (1903). Richter: Gerichtsärztliche Diagnostik; S. 183 (1905). Puppe: Tod durch Trauma in Schmidtmanns Handbuch; Bd. II, S. 11 (1907). Kockel: Die gewaltsamen Todesarten. Ebenda; Bd. I, S. 367.

den Sachverständigen unberücksichtigt geblieben ist, und dass die postmortale Ablösung des Kehlkopfes „von der Wirbelsäule" auf Würgen zurückgeführt wurde, eine Hypothese, die von den Obduzenten mit Recht zurückgewiesen worden ist. Dagegen wird die totale Ausblutung der Leiche anscheinend als postmortale Ausblutung bei der Zerstückelung gedeutet. Wenn auch in diesem Falle durch die irrigen Anschauungen der Obergutachter nicht viel Unheil angerichtet werden konnte, so bleibt doch der Umstand bedenklich, dass mit einer Selbstverständlichkeit und einem Wagemut Dinge vom grünen Tisch aus begutachtet wurden, die nur auf Grund grosser Erfahrung und bei Kenntnis der einschlägigen Literatur vorsichtig zu beurteilen sind. Unter Umständen können die Folgen doch recht bedenklich sein. —

Aehnliche Differenzen in der Deutung des Leichenbefundes haben vor Jahren Heller veranlasst, die „Blutverteilung in der Leiche" experimentell studieren zu lassen.[1])

Man wird es begreiflich finden, dass mir nach diesen Erfahrungen, sozusagen am grünen Holze, der Vorschlag von Orth bezüglich der Uebernahme der Sektionen durch die Prosektoren kein Fortschritt zu bedeuten scheint, deswegen, weil die Prosektoren, wenn sie gerichtliche Sektionen sachgemäss machen wollen, sich erst eingehend mit gerichtlicher Medizin befassen müssten. Sie müssten etwas dazu lernen; mit der blossen pathologischen Anatomie ginge es nicht. Ob sie dazu Zeit, Lust und Gelegenheit haben und ob sie die nötige Uebung haben werden, ist die Frage. Der Vorschlag basiert auf der einseitigen Ueberschätzung der naturwissenschaftlichen Beobachtung. Gerade darauf kommt es in schwierigeren Fällen, wie es die angeführten waren, weniger an, als auf einschlägige Erfahrung, Sachkenntnis und logische Verarbeitung aller Umstände. „Alle Gelehrsamkeit ist noch kein Urteil[2])." Man wird also wohl weiterhin bei dem alten Modus bleiben, dass nämlich die beamteten Aerzte die gerichtlichen Sektionen vornehmen. Die Frage ist nur die, ob man da nicht etwas machen kann, die Verhältnisse zu bessern, soweit es tatsächlich notwendig ist. Im grossen und ganzen muss man schon sagen — und ich kann das auch nach zweijähriger Erfahrung in München sagen — entsprechen die Sektionsbefunde doch dem Bedürfnis der Gerichte. Es ist ja schliesslich kein Unglück, wenn einmal einer bei einer Verletzung eine Luftembolie übersieht. Die Leute mit Stichen in die Vena femoralis z. B., bei welchen wir oft Luftembolie konstatieren konnten, hatten immer auch viel Blut verloren, und wenn einer da einen Verblutungstod annahm statt Luftembolie, so ist dies auch kein grosses Unglück. Bedeutungsvoll könnte ein solches Uebersehen in einem Fall von Fruchtabtreibung, bei einem angeblichen Narkosetod, einem angeblichen geburtshilflichen Kunstfehler werden; wenn aber selbst die „Vorschriften" von der Luftembolie nichts

---

[1]) F. Krieg: Inaug.-Dissertat. Kiel 1897.
[2]) Goethe: Gespräche mit Eckermann; 28. März 1827.

wissen. Wie soll der arme Gerichtsarzt auf dem Lande zu solcher Kenntnis kommen?

Wenn man aber wirklich etwas tun will für die Ausbildung der Gerichtsärzte und in allen Ansprüchen der Justizpflege entgegenkommen, dann soll man erstens einmal die gerichtliche Medizin nicht noch weiter schädigen durch derartige Vorschläge, wie sie von Orth geschehen sind; denn was bleibt von der gerichtlichen Medizin schliesslich übrig, wenn man ihr noch die Sektionen und etwa auch noch die psychiatrischen Untersuchungen nehmen wollte? Es ist schwer zu begreifen, dass speziell in Deutschland die gerichtliche Medizin eine derart inferiore Stellung einnimmt, wie es der Fall ist. Solange ich nicht im Deutschen Reiche war, habe ich mir einen richtigen Begriff von dieser inferioren Stellung nicht gemacht. In Oesterreich, Russland, Italien, Frankreich, England, Schweden, überall hören die Studenten gerichtliche Medizin und überall werden sie in gerichtlicher Medizin geprüft, nur im Deutschen Reiche gibt es das nicht. Seit ein paar Jahren ist der Student — nicht etwa verpflichtet, gerichtliche Medizin zu hören — er ist verpflichtet, sie zu belegen, aber was das besagt, wissen wir ja alle; von den Studierenden wird die unsinnige, schon von Billroth[1]) gegeisselte Lernfreiheit aufgefasst als Freiheit, so wenig wie möglich zu lernen. Solange man nicht das Mittel hat, durch die Prüfung festzustellen, ob die Studierenden wirklich etwas gelernt haben, ist mit dem Fach weiter nichts anzufangen. Es besteht allerdings eine quasi wohlwollende Bestimmung in den Prüfungsvorschriften, wonach die Professoren anderer Fächer bei der Prüfung Fragen stellen sollen, soweit sie auf ihr Fach Bezug haben. Das ist ein Danaergeschenk! Dafür möchte ich mich bedanken, dass ein Internist oder ein Chirurg irgend welche Fragen aus der gerichtlichen Medizin stellt. Da mögen dann die alten Lehren von Erstickungsbefunden und dergleichen eine schöne Rolle spielen; damit kann höchstens Unheil angerichtet werden. Ich habe einen bewährten Chirurgen gekannt, der sich für unser Fach interessiert und die Studenten beim Praktizieren über die Qualifikation von Verletzungen gefragt hat. Wenn ich daran denke, steigen mir manchmal noch jetzt die Haare zu Berge (Heiterkeit). Also damit ist nicht geholfen. Wenn der junge Mann wirklich etwas wissen soll, muss man die gerichtliche Medizin zum Prüfungsgegenstand machen und sämtliche Studierenden verpflichten, im Staatsexamen die Prüfung abzulegen. Wenn jeder Arzt verpflichtet ist, einem Ruf als Sachverständiger Folge zu leisten und das Gericht jeden Arzt, der da herkommt, als Sachverständigen vernehmen und sich von ihm etwas erzählen lassen kann, ohne dass es imstande ist, seine Aussagen zu überprüfen — denn auch die Weisheit der Juristen hat ihre Grenzen — dann muss man auch auf der Forderung beharren, dass durch eine Prüfung seine Fähigkeit als Sachverständiger festgestellt werde.

---

[1]) Billroth: Aphorismen. Wien 1886, S. 10.

Zweitens könnte irgend eine Aenderung stattfinden bezüglich der speziellen Ausbildung der Gerichtsärzte. Vorläufig haben wir in Bayern eine einheitliche Prüfung für die Amtsärzte, die sich sowohl auf die Verwaltungsärzte, als auf die Landgerichtsärzte bezieht. Die Verordnung ist leider vor nicht langer Zeit neu erlassen worden, so dass es jetzt wohl einige Jahre dauern wird, bis sie geändert wird. Aber sie ist nach vieler Richtung hin verbesserungsfähig. Zunächst wären die umständlichen „wissenschaftlichen" Arbeiten abzuschaffen, die leider jetzt die Kandidaten anfertigen müssen und in der Regel aus Lesefrüchten bestehen oder alte Sachen wiederbringen in starker Anlehnung an Vergangenes; an ihre Stelle sollte die Bearbeitung praktischer Fälle unter Klausur vorgesehen werden. Wahrscheinlich wird sich für die anderen Fächer etwas ähnliches empfehlen. Die Zeit, die durch den Wegfall dieser langwierigen Arbeit gewonnen wird, könnte man dazu verwerten, dass die Herren sich längere Zeit mit gerichtlicher Medizin beschäftigen, dass sie bei Obduktionen anwesend sind, dass sie, soweit es möglich ist, auch selbst sezieren und sich eine Erfahrung in der Begutachtung und Technik erwerben. Dann wäre natürlich darauf zu sehen, dass für die Fortbildung der Gerichtsärzte etwas geschieht. Das ist ja in Bayern und in Preussen schon durchgeführt, indem Fortbildungskurse abgehalten werden.

Endlich wäre eine Einrichtung zu erwägen, die in Bayern und in anderen Bundesstaaten in sehr verschiedener Weise ausgeführt worden ist, nämlich die Ueberprüfung von Sektionsgutachten durch irgend ein Kollegium. In Bayern bestehen Medizinalkomitees an den einzelnen Universitäten. Da können derartige Sektionsbefunde und Gutachten auch samt den Akten hinkommen, damit das Medizinalkomitee ein Gutachten darüber abgibt. Aber von dieser Einrichtung wird wenig Gebrauch gemacht. Ob man dies irgend wie obligatorisch machen sollte — in Preussen ist ja die Ueberprüfung sämtlicher Sektionsgutachten durch die Medizinalkollegien obligatorisch — will ich dahingestellt sein lassen. Jedenfalls wäre die Idee zu erwägen, ob man nicht beratende Kollegien schaffen sollte, die etwaige Irrtümer rechtzeitig unschädlich machen. Natürlich müssten die Referenten in diesen Kollegien entsprechend ausgebildete und praktisch erfahrene Aerzte (Gerichtsärzte, Psychiater usw.) sein, was nach mir gemachten Mitteilungen bisher nicht immer der Fall zu sein scheint.

Im Grossen und Ganzen sind ja schon jetzt weitgehende Kautelen geschaffen, um die gerichtlichen Leichenöffnungen zu einer verlässlichen und sicheren Basis für ein eventuelles Gerichtsverfahren zu machen: Die Ausführung der Sektionen fast ausschliesslich durch beamtete Aerzte, die besondere Ausbildung und Prüfung der letzteren, die Zuziehung von zwei Aerzten, die Vorschriften für die Vornahme der Obduktionen, endlich die Möglichkeit einer Ueberprüfung durch eine oder, wie in Preussen, durch zwei Fachbehörden. Das darf uns aber natürlich nicht abhalten,

[illegible]

[illegible]

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion.

[illegible]

[illegible]

[illegible] gewöhnlich verlangt werden kann.

Ich glaube, daß der Herr Referent bei der Beurteilung dieser kodifizierten Vorschriften und der Schwierigkeiten, die sie machen, einen Punkt nicht genügend berücksichtigt hat, in dem ich einen wesentlichen Vorzug der Vorschriften sehe. Die Bestimmung im § [illegible] ist, in der es ausdrücklich heißt:

„Die folgenden technischen Vorschriften über den Gang der Untersuchung sollen nicht schablonenmäßig angewandt, sondern nur als allgemeiner Leitfaden betrachtet werden, von dem je nach der Eigentümlichkeit des Falles auch abgewichen werden kann.“

Wenn die Obduzenten sich diese Vorschrift klar machen, dann werden sie von derartigen Seltsamkeiten absehen können, wie die, daß sie erst mit der Brusthöhle anfangen und, weil sie da einen Geruch nach Blausäure wahrnehmen, zwischendurch wieder die Kopfhöhle vornehmen.

Ebenso habe ich es immer für einen großen Fortschritt unserer Sektionsbestimmungen gehalten, daß im § 26 ausdrücklich gesagt wird:

„So notwendig für den Zweck der Leichenöffnung die genaue und bestimmte Wiedergabe der wichtigen Befunde ist, um so weniger erforderlich erscheint die umfangreiche Wiedergabe der Befunde, die für den Richter ohne Bedeutung sind. Für solche Befunde genügt eine zusammenfassende Behandlung.“

Ich kann wenigstens aus meinem Wirkungskreise sagen, daß gerade durch diese Bestimmung unsere Protokolle gegen früher an praktischer Verwertbarkeit wesentlich gewonnen haben, daß mancher unnütze Ballast, der sie vordem füllte, jetzt verschwunden ist, und daß die wesentlichen, wichtigen Befunde viel mehr hervortreten. Ich glaube, die Herren, die früher mit dem alten Regulativ gearbeitet haben und die jetzt die neuen Vorschriften anwenden, werden nicht verkennen, daß, wenn diese Vorschriften auch hier und da Mängel haben dürften, sie doch einen wesentlichen Fortschritt für uns gebracht haben.

Ebenso gestatten Sie mir vielleicht kurz zu bemerken, daß die obergutachtliche Tätigkeit der Wissenschaftlichen Deputation für das

Medizinalwesen, zu der auch ich gehöre — was dem Herrn Kollegen Richter nicht bekannt zu sein scheint, da er meinte, es säße kein gerichtlicher Mediziner darin —, von denen, die sie verfolgen, wohl eine höhere Wertschätzung erfahren wird, als sie nach diesen beiden Beispielen, die hier angeführt worden sind, und nach der Kritik, die hier geübt worden ist — ich kann auf die Fälle selbst im einzelnen nicht eingehen — bei dem Herrn Vortragenden gefunden zu haben scheint.

Und dann noch eine dritte Bemerkung: Der Herr Vortragende ist auf den Fall Haarbaum eingegangen und hat speziell gemeint, daß die Schuld an jenem Fehlurteil, das damals ergangen ist, nicht die medizinischen Sachverständigen trifft, sondern die Richter und die Geschworenen; denn es hätten abweichende Obergutachten damals schon vorgelegen. Es ist richtig, daß diese abweichenden Obergutachten vorgelegen haben; aber sie waren dem Gericht und den Geschworenen nicht zur Kenntnis gebracht worden. Infolge eines Fehlers der Organisation, der inzwischen beseitigt worden ist, wurden damals noch diese Bemerkungen bei der Revision und Superrevision, auch wenn sie für den richterlichen Zweck von Bedeutung waren, den richterlichen Behörden nicht mitgeteilt. Es entfällt also jedenfalls dieser Vorwurf gegen die Geschworenen, den der Herr Vortragende erhoben hat; ich wollte nicht verfehlen, dies hervorzuheben und zugleich zu bemerken, daß auch sein Urteil über das Schwurgericht im ganzen wohl nicht einhellige Zustimmung finden wird. Ich wenigstens möchte diese Bemerkungen nicht so, wie er sie ausgesprochen hat, ohne weiteres unterschreiben. (Beifall.)

H. Prof. Dr. Richter (Schlußwort): M. H.! Was die Bemerkung des Herrn Geheimrates Strassmann bezüglich der Obduktions-Vorschriften anlangt, so ist ja zweifellos, daß die neuen Vorschriften gegenüber den früheren einen großen Fortschritt bedeuten. Namentlich den Paragraphen, in dem es heißt, daß Abweichungen gestattet sind, benutze ich sehr ausgiebig, indem ich z. B. bei Sektionen von Kindern immer so vorgehe, daß ich am Kopf anfange. Ich müßte allerdings dies irgendwie im Protokoll begründen entsprechend der Vorschrift, daß wesentliche Abweichungen im Protokoll begründet werden müssen. Aber ich halte es eben für unwesentlich, ob man am Bauch oder am Kopf anfängt.

Was dann die obergutachtliche Tätigkeit der Wissenschaftlichen Deputation betrifft, so unterschätze ich die Bedeutung einer derartigen Institution gewiß nicht; ich habe im Gegenteil in meinen Schlußsätzen darauf hingewiesen, daß sie eine große Bedeutung haben kann. Mit Rücksicht auf die Fälle, die ich aus Publikationen kenne — ich verweise auch auf den oben erwähnten Rieder Fall — habe ich allerdings auch darauf hingewiesen, daß die richtigen Leute derartige Gutachten machen müssen, und daß es nicht angeht, jedem Mitgliede einer solchen Deputation, nur weil er in dieser sitzt, eine Begutachtung zu überlassen, die dann mit der ganzen Autorität einer solchen Körperschaft in die Wagschale eines Urteils geworfen wird.

In dem Falle Harbaum möchte ich doch bei meiner Behauptung bleiben. Wenn die Bedenken des Medizinalkollegiums und der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation dem Gerichte nicht zur Kenntnis gebracht wurden, so lag ein Mangel der Organisation vor, für den die medizinische Wissenschaft nicht verantwortlich zu machen ist.

Hinsichtlich der Auffassung über die Schwurgerichte verhehle ich nicht, daß ich die schlechteste Meinung von ihnen habe, und verrate auch kein Geheimnis, wenn ich sage, daß heute die Meinungen vieler Juristen über die Schwurgerichte sehr geringschätzig sind; hat doch vor Jahren in dem Archiv von Groß ein preußischer Richter sie öffentlich eine Lotterie genannt; auch Groß selbst, der bekannte Strafrechtslehrer, macht aus seiner Abneigung kein Hehl. Wenn Schwurgerichte geständige Raubmörder freisprechen, weil ihnen nicht die Fragen gestellt werden, die sie haben wollen, wenn sie Kindsmörderinnen jahrelang durch die Bank freisprechen, um endlich irgendeine, die ihnen mißfällt, schuldig zu sprechen, wenn man hört, daß Angeklagte von den Geschworenen freigesprochen oder schuldig gesprochen werden zum größten nachträglichen Erstaunen dieser selben Geschworenen, welche die Fragen nicht verstanden hatten, dann kann man wohl sagen: Als

Unschuldiger möchte ich nicht vor den Geschworenen stehen, eher als Schuldiger, weil ich dann mindestens 60 % Chancen für Freisprechung habe. (Heiterer Beifall.)

Vorsitzender: M. H.! Es bleibt mir nun noch die angenehme Pflicht, dem Herrn Referenten unseren verbindlichsten Dank auszusprechen. Der Umstand, daß die Versammlung bis zuletzt fast vollzählig geblieben ist, wird für ihn der beste Beweis sein, wie sehr seine vorzüglichen Ausführungen das Interesse der Teilnehmer geweckt und deren Aufmerksamkeit gefesselt haben.

Ich schließe nunmehr die heutige Sitzung und bitte, sich morgen früh, möglichst um 10 Uhr, wieder hier einzufinden.

Schluß der Sitzung: 2 Uhr nachmittags.

Nach Schluß der Sitzung wurde von den meisten Teilnehmern ein einfaches Mittagessen im Konzertgarten der Ausstellung eingenommen und diese dann besichtigt.

Abends 7 Uhr fand das Festessen im Hauptrestaurant der Ausstellung statt, das die größte Zahl der Teilnehmer mit ihren Damen vereinigte und diesen sicherlich durch seinen glänzenden Verlauf in angenehmer Erinnerung bleiben wird. Den Schluß bildete dann für einen großen Teil ein recht vergnügtes Zusammensein im Alpenpanorama, Restaurant „Altbayern".

Zweiter Sitzungstag.

Dienstag, den 12. September 1911, vormittags 10 Uhr
im Kongreßsaal der Internationalen Hygiene-Ausstellung.

I. Pockenschutz und Impfschutz.

H. Med.-Rat Dr. Flinzer, Bezirksarzt in Plauen: M. H.! Sie wissen alle, daß in der letzten Reichstagssitzung das Impfgesetz einen heftigen Ansturm hat aushalten müssen, der allein durch die überzeugenden Ausführungen des Herrn Geheimrat Dr. Kirchner abgeschlagen worden ist. Der Deutsche Medizinalbeamten-Verein hat es für eine Ehrenpflicht gehalten, die Frage des Impfschutzes auf die Tagesordnung seiner diesjährigen Hauptversammlung zu setzen, um zu beweisen, daß sämtliche deutsche Medizinalbeamten einstimmig hinter Herrn Geheimrat Dr. Kirchner stehen und mit Begeisterung seinen vortrefflichen Entgegnungen gefolgt sind.

Obwohl ich weiß, daß ich Ihnen nur Bekanntes vorführen kann, bin ich doch nicht ungern dem Auftrag, das Impfgesetz hier zu verteidigen, nachgekommen, einmal weil mir selbst großes Material zur Verfügung steht — ich habe gegen 70000 Impfungen ausgeführt, Versuche mit Impfverbänden im Großen gemacht und alle existierenden Impftechniken durchprobiert — ferner weil ich einen großen Medizinalbezirk zu verwalten habe, der an der Grenze eines Landes liegt, das kein Impfgesetz hat, und der jährlich Tausende von fremdländischen Arbeitern teils durchziehen sieht, teils auch beschäftigt und daher auch Invasionen sehr ausgesetzt ist, und endlich weil mein Vater wohl eine der beweiskräftigsten Statistiken für den Impfschutz geliefert hat.

Die Geschichte der Pocken ist mehr als lückenhaft; ihre Heimat ist wahrscheinlich Indien. Von Indien aus sind sie nach den Forschungen von Moore und Shmith schon im 3. Jahr-

hundert v. Chr. nach China eingeschleppt worden und haben dort große Verheerungen angerichtet. Ebenso scheinen sie von Indien aus nach Afrika gekommen zu sein. Im Abendlande werden die Pocken das erste Mal andeutungsweise von dem zur Zeit Trajans 98—117 n. Chr. lebenden römischen Arzt Herodot, ferner von Galen erwähnt, der eine über das ganze ost- und weströmische Reich verbreitete Seuche zur Zeit Antonius (160—168) schildert. Der Name „Variola“ kommt das erste Mal in den Chroniken von Marius von Avenches und Gregor von Tours vor. Diese beiden erzählen, daß 570 und 580 im ganzen südlichen Europa Blattern geherrscht haben. Die erste wissenschaftliche Schilderung hat der im 10. Jahrhundert lebende arabische Arzt Rhazes geliefert in seiner Schrift „de variolis et morbillis“; erwähnt sei auch, daß der alexandrinische Arzt Ahron, der ums Jahr 620 n. Chr. lebte, die Blatternkrankheit gekannt hat.

Seit den Kreuzzügen ist die Krankheit im südlichen Europa heimisch geworden, in Deutschland dagegen erst seit etwa Ende des 15. Jahrhunderts. Beschreibungen der Seuche aus dieser Zeit sind selten, sie mehren sich erst im 16. Jahrhundert.

Die ersten amtlichen Aufzeichnungen über Pockenfälle hat man in London bereits im Jahre 1629, in Schweden 1774 begonnen und fortgesetzt. In Deutschland hat der Oberkonsistorialrat Johann Peter Süßmilch in den Jahren 1741—76 brauchbare Mitteilungen über die Zahl der Pockentodesfälle gemacht und später der Professor der Medizin an der Universität Halle Johann Christian Wilhelm Juncker, der nachwies, daß die Zahl der Todesfälle an Scharlachfieber, Masern, Keuchhusten, Typhus weitaus geringer war, als die an Pocken. Er schätzte die jährliche Sterbeziffer am Ende des 18. Jahrhunderts für Europa auf etwa 400000 Todesfälle. Für das Jahr 1796 hat Juncker Nachweise von 65220 Pockentodesfällen im Deutschen Reich gehabt.

Cless hat die Zahl der Pockentodesfälle für Württemberg für die Jahre 1780—1810 festgestellt und gefunden, daß sich in dieser Zeit 67315 ereignet haben. Von 100 Erkrankten starben nach Kußmaul durchschnittlich 29, nach anderen 20—50, in manchen Epidemien sogar 60—70.

Aus den amtlichen Listen für London hat Jurin für die Jahre 1767—86 und 1801—22 berechnet, daß 7,2% aller Todesfälle, Lettsam auf die Jahre 1731—1772, daß 8,8% aller Todesfälle auf die Pocken entfielen. — In Schweden sind 1774—1801 12% der Todesfälle solche durch Blattern gewesen. —

Am meisten wurden in jeder Epidemie Kinder im ersten Lebensjahr befallen. Mir liegt eine nicht anzufechtende Bearbeitung der Pockenerkrankungen in Baden-Baden von dem Physikus Dr. Schaffroth für 1794—1802 vor, der feststellte, daß in diesen Jahren bei einer Bevölkerungsziffer von nur 4000 Einwohnern insgesamt 320 Kinder der Seuche erlagen. Würden wir diese Zahlen auf unsere Städte über 100000 Einwohner berechnen, wo sollten wir Soldaten herbekommen und von welcher Ausdehnung müßten unsere Friedhöfe sein?! Auch der

schon erwähnte Juncker stellte fest, daß in Halle im Jahre 1790: 132 Kinder bis zu 5 Jahren gestorben sind, dagegen im Pockenjahr 1791: 290, im Jahre 1792: 120, 1793: 135, 1794: 123, im Pockenjahr 1795: 192 und im Pockenjahr 1796: 201.

Diese Zahlen sind namentlich von dem impfgegnerischen Rechtsanwalt Martini in Leipzig bestritten worden, indem er behauptete, es seien Maserntodesfälle vielfach mit eingerechnet worden. Daß dies nicht der Fall, geht schon daraus hervor, daß in den betreffenden Arbeiten die Maserntodesfälle nebenbei noch mit aufgezählt sind.

Aber nicht allein die zahlreichen Todesfälle machten die Seuche zu einer der gefürchtetsten, sondern auch die Schädigungen, die sie denen eintrug, bei denen sie gutartig verlief. Ganz abgesehen von den äußeren Entstellungen blieben zahlreiche Personen siech oder fielen anderen Krankheiten, namentlich der Tuberkulose anheim; viele erblindeten einseitig und manche auch vollständig; 35 % aller Erblindungen in den Blindenanstalten konnten noch in der Mitte vorigen Jahrhunderts auf die Pocken zurückgeführt werden. Zahlreich waren auch die Nachteile, die das Gehörorgan betraf; nicht unerwähnt dürfen die vielen chronischen Nasengeschwüre bleiben, die die Pocken hinterließen.

Die Blattern machten vor keinem Hause halt. Zahlreich sind die Todes- und Erkrankungsfälle in fürstlichen Familien gewesen, die doch für damalige Zeiten in besten hygienischen Verhältnissen gelebt haben. Ich erinnere nur daran, daß Ludwig XV., Joseph I., Vater und Mutter Wilhelms des III. von England, ein Kurfürst von Sachsen, ein Kurfürst von Bayern an den Pocken gestorben sind, während Wilhelm III. von England daran erkrankte und zeitlebens an den Folgen der Erkrankung zu leiden hatte. Auch die Kaiserin Maria Theresia erkrankte in hohem Alter an Pocken und trug erhebliche Entstellungen davon. Es würde zu weit führen, wollte ich noch mehr anführen. Das englische Blaubuch enthält eine von John Shmiths verfaßte reichhaltige Zusammenstellung von solchen Erkrankungs- und Todesfällen.

Man hat mit allen möglichen Mitteln versucht, die Blatternkrankheit zu behandeln; man hat Medikamente aller Art, Schwitzkuren, Brechmittel, Abführmittel, Blutentziehungen und dergleichen angewendet, alles war umsonst. Man hat auch sanitätspolizeiliche Maßnahmen ergriffen; man hat die Häuser, in denen Blatternkranke waren, abgesperrt, mit Warnungstafeln versehen, man hat die Wohnräume, die Kleidungsstücke, die Betten der Kranken desinfiziert, ohne auch nur den geringsten Erfolg zu erzielen.

Man ergab sich allmählich darein und stellte die Behauptung auf, „daß jeder Mensch die Blattern gehabt haben müsse“; gewissermaßen zum Trost machte sich die Meinung geltend, durch das Ueberstehen der Krankheit werde man gesünder. Bestärkt wurde diese Auffassung dadurch, daß einmal Geblatterte nur selten wieder an Blattern erkrankten.

Auch heute findet man Anklänge an diese früher allgemein verbreitete Ansicht. Ich habe bei den diesjährigen öffentlichen

Impfungen festgestellt, daß nur eine von 100 Müttern weiß, warum ihr Kind geimpft wird. Die meisten erklären, damit ihr Kind gesund bleiben soll oder damit es nicht von ansteckenden Krankheiten befallen wird oder damit das Gift herauskomme. Wieder andere sagen, weil es gesetzlich vorgeschrieben ist. Mir sind gestern von Kollegen Dr. Dohrn in Hannover ähnliche Aeußerungen von Wiederimpflingen zugegangen, die ich Ihnen mitteilen möchte:

Auf die Fragen: warum werden wir geimpft, antwortete der eine: „Damit die schlechte Säure aus dem Blute herausgeholt werde“, der andere: „daß es nicht heißt, wir wären Heiden, das Impfen ist eine sehr nötige Sache“, wieder ein anderer: „Wir werden geimpft, wenn wir ein Jahr und zwölf Jahre alt sind, ich wüßte tatsächlich nicht, welchen Zweck es hat, denn es ist mir nie gesagt, weshalb und warum wir geimpft werden.“

Vor jeder Wiederimpfung erkläre ich deshalb stets den Schulkindern den Grund der Impfung, indem ich ihnen die Schrecken der Seuche ganz besonders schildere. Es sollte dies jeder Impfarzt tun.

Während man noch vor 40 Jahren in allen Schichten der Bevölkerung die Pocken kannte, trifft man jetzt nur noch wenige Personen, die wissen, warum die Impfung geschieht. Es gibt auch eine Menge Aerzte, die nie einen Pockenfall zu sehen Gelegenheit hatten.

Ende des 17. und Anfang des 18. Jahrhunderts hatte man die Beobachtung gemacht, daß die Krankheit leichter verlief, wenn sie von außen durch eine Wunde in den Körper eingedrungen war. Man ritzte die Haut und strich sie mit Pockeneiter ein. In Indien und China scheint dieses Verfahren schon im 14. und 15. Jahrhundert von den Priestern geübt worden zu sein. Es gelangte über Kleinasien allmählich nach Griechenland und der Türkei. In Konstantinopel hat damals die Gemahlin des englischen Botschafters Lady Montague die Sache ergriffen und ihren Sohn im Jahre 1717 impfen lassen. Nach ihrer Rückkehr nach London im Jahre 1720 ließ sie auch ihre Tochter impfen. Von dieser Zeit ab verbreitete sich die Variolation oder Inokulation, wie man die Operation zu nennen pflegte, sehr bald über ganz Europa.

Der Erfolg konnte als ein günstiger nicht bezeichnet werden, denn von 300 Inokulierten starb einer an der dadurch hervorgerufenen Erkrankung; außerdem bildeten, was die Hauptsache war, die Inokulierten eine Gefahr für die Gesunden, denn es ist mehrfach vorgekommen, daß durch sie Pockenepidemien hervorgerufen wurden.

Ende des 18. Jahrhunderts war die Pockennot auf das höchste gestiegen. Da kam von England die Nachricht von der Entdeckung der Schutzimpfung durch Jenner, einen Dorfarzt, der nach eingehenden Versuchen am 14. Mai 1796 das erste Kind mit Kuhpockenlymphe impfte. Schon vor ihm hatte der holsteinische Volksschullehrer Plett Versuche mit Kuhpockenlymphe gemacht, indem er im Jahre 1791 3 Kinder des Landwirtes Martin in Hasselburg impfte und darauf beobachtete, daß sämtliche 3 von den Blattern verschont blieben, während die anderen Geschwister

im Jahre 1794 an den Blattern erkrankten. Auch Alexander v. Humboldt berichtet, daß schon lange vor Jenner einige Indianerstämme Südamerikas die Schutzkraft der Kuhpockenlymphe gekannt und nutzbar gemacht haben.

Wie Jenner auf die Idee kam und wie er wissenschaftliche und praktische Versuche anstellte, ist so allgemein bekannt, daß ich wohl darüber hinweggehen kann. Nur das möchte ich erwähnen, daß er nicht nur Störungen im Impfverlaufe kannte und sie keineswegs verhehlte, sondern auch. daß er schon die Beobachtung machte, daß der Impfschutz nach einer Reihe von Jahren geringer wird und selbst erlöschen kann.

Wie ein Lauffeuer verbreitete sich die Kunde von Jenners Entdeckung in Europa. In Wien wurde bereits 1799 die erste Impfung vorgenommen, in Hannover durch Strohmeyer in demselben Jahre, 1800 in Italien und Frankreich; 1801 traten in Berlin 9 Aerzte, unter diesen Heim und Grapengießer, zusammen und nahmen unentgeltlich Impfungen vor. Im Königreich Bayern wurden bereits 1807 Zwangsimpfungen eingeführt, in Baden 1815, in Schweden 1816 und Württemberg 1818. In Preußen wurden 1803 bei 8000 Geimpften Ansteckungsversuche mit Blattern mit negativem Erfolg unternommen und an 17741 Geimpften nachgewiesen, daß nachteilige Folgen für die Gesundheit der Geimpften nicht eingetreten waren.

Die Tatsache, daß nach Einführung der Impfung die Blattern zeitweise ganz verschwunden sind, kann nicht weggeleugnet werden; sie wird auch von den Impfgegnern zugegeben, von ihnen jedoch die Impfung nur als mitwirkender Faktor anerkannt. Als Hauptursache führt Dr. Böing das psychologische Moment, die Erkenntnis von der bisher für unmöglich gehaltenen Vermeidbarkeit der Pocken, an. Diese Erkenntnis hat sich aber erst durch den Erfolg der Schutzpockenimpfung Bahn gebrochen; sonach kann sie unmöglich als Hauptursache in Anspruch genommen werden.

In den ersten Dezennien des 19. Jahrhunderts ging die Zahl der Blatternerkrankungen gewaltig zurück; auch der Verlauf wurde ein milderer; das Exanthem wurde weniger intensiv; es traten meist nur einzelne Pocken auf, die nicht so tiefe und ausgeprägte Narben hinterließen. Man nannte diese Form „Variolois". Mit dem Rückgang der schweren Erkrankungen nahm auch allmählich der Enthusiasmus für die Impfung ab, das Publikum wurde wieder indolenter und die Zahl der Ungeimpften nahm von Jahr zu Jahr wieder zu. Nichts destoweniger blieben in neu auftretenden Epidemien die Geimpften teilweise ganz verschont oder der Verlauf der Krankheit war bei ihnen, wenn sie erkrankten, mit wenigen Ausnahmen ein günstiger. 1818 brach in Norwich eine Epidemie aus, wobei 3000 Personen, der 13. Teil der Bevölkerung, erkrankten, von diesen starben 530; bis auf 2 waren alle Gestorbenen ungeimpft, während von 10000 Geimpften nur 30 von der Krankheit ergriffen wurden. Nach einer Statistik eines Dr. Croß zu Cambridge sind 1800—1824 dort 2207 Personen an Blattern erkrankt, darunter 284 Vakzinierte; im ganzen starben in diesem Zeitraum

an den Pocken 192, darunter nur 3 Geimpfte. — Nach dem Bericht des Präsidenten der Gesellschaft der Aerzte in Marseille Dr. Sue erkrankten in der Zeit vom 1. Januar bis 15. August 1828 3330 Personen an Pocken, darunter 2289 Ungeimpfte, 1041 Geimpfte; von den Ungeimpften starben 420 = 18,3 %; von den Geimpften nur 18 = 1,7 %.

In Schweden starben von 100000 Einwohnern in den Jahren 1792—1801, also vor der Einführung der Impfung, 191,4, 1802—1811: 62,3, 1812—1816: 19,7 an Pocken, dagegen nach Einführung der Zwangsimpfung 1817—1821 nur 7,0. Man hat diese Zahlen seitens der Impfgegner heftig angegriffen und behauptet, daß der Abfall der Erkrankungsfälle schon vor Beginn der Impfungen eingesetzt habe. Das ist aber nicht der Fall; denn die Sterblichkeitsziffer des Jahres 1801 übertrifft noch bei weitem die der Jahre 1797/98. Es war ferner der Abfall nach Beginn der Impfungen ein andauernder, ständiger und vorher nie beobachteter, wie aus Zeichnung Tafel I (s. Anhang) deutlich zu ersehen ist.

Es ist weiterhin gesagt worden, daß der Rückgang der Pockenerkrankungen lediglich dem Aufhören der Inokulation zu danken sei; diese habe das Aussterben und Erlöschen der Seuche hintenangehalten. Dieser Einwand trifft aber auch nicht zu; denn einmal haben die Inokulationen nicht sofort nach dem Bekanntwerden der Schutzimpfung aufgehört, und zweitens sind diese wohl hier und da an der Verbreitung Schuld gewesen, jedoch nicht in dem Maße, daß man den dauernden Abfall mit den seltener werdenden Inokulationen erklären könnte.

Nicht übergehen möchte ich die von impfgegnerischer Seite ausgesprochene Ansicht, die Pocken seien von der Schafpockenseuche auf die Menschen übertragen worden; nach den Untersuchungen von Bollinger können aber niemals aus Schafpocken Menschenpocken oder umgekehrt aus Menschenpocken Schafpocken werden.

Wie überall so machte man im 2. Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts die Beobachtung, daß die Pocken trotz der Impfung sich wieder mehr und mehr ausbreiteten und daß verhältnismäßig gegen früher mehr dem Kindesalter entwachsene Personen betroffen wurden. Nach einer von Heim für das Königreich Württemberg auf die Jahre 1831—1836 bearbeiteten Statistik der Pockenerkrankungs- und Todesfälle erkrankten z. B.:

im laufenden Jahre nach der Impfung					
im laufenden Jahre nach der Impfung				15	Personen
1—2	„	„	„	2	„
2—5	„	„	„	21	„
5—10	„	„	„	68	„
10—15	„	„	„	186	„
15—20	„	„	„	275	„
20—25	„	„	„	239	„
25—30	„	„	„	172	„
30—35	„	„	„	75	„

Auch in der Stuttgarter Epidemie, die von 1861—1865 herrschte, zeigte sich, daß kein an den Pocken erkranktes geimpftes Kind unter 14 Jahren starb, dagegen starben von 38 einmal in der

frühesten Kindheit mit Erfolg geimpften Personen 8 im Alter von 14—30 Jahren, 8 im Alter von 31—40 Jahren, 11 im Alter von 41—50 Jahren, 7 im Alter von 51—60 Jahren, 9 im Alter von 61—70 Jahren. Man zog daraus den Schluß, daß die Schutzimpfung individuell verschieden lange, selten aber über 15 Jahre Schutz gewähre.

Aus diesen Beobachtungen und der Erkenntnis, daß einmal Geimpfte nach einiger Zeit wieder empfänglich für den Impfstoff werden, folgerte man, daß eine mehrmalige Impfung einen bei weitem besseren Schutz gewähren müsse, als die einmalige. So entstanden die Wiederimpfungen, die zuerst in den Armeen eingeführt wurden. Hier war es wieder Württemberg, das mit gutem Beispiel voranging, indem am 7. Februar 1833 die Wiederimpfung sämtlicher Rekruten angeordnet wurde. Ihm folgte Preußen im darauf folgenden Jahre. In der dortigen Armee sind in den 5 Jahren 1829—1833 im ganzen 372 Soldaten an den Pocken gestorben, dagegen in den Jahren 1834—1869, also in 36 Jahren nur 105, demnach vor der Wiederimpfung jährlich 74, nach der Wiederimpfung jährlich nur 2.

Leider bürgerte sich die Wiederimpfung nicht in dem gewünschten Maße ein. In Bayern kamen in der Zeit von 1857 bis 1866 auf 100 Erstimpfungen 14, in Württemberg 26 Wiederimpfungen. Nur in Anhalt, Nassau und Sachsen-Meiningen wurden Zwangswiederimpfungen eingeführt. Eine Epidemie mußte also nahezu überall noch in Deutschland reichliche Nahrung finden, zumal auch in den Bundesstaaten, die schon lange Zwangserstimpfungen hatten, noch etwa 15—17 % Ungeimpfte vorhanden waren.

Man hat vielfach angenommen, daß die letzte große Epidemie der Jahre 1870, 71 und 72 hauptsächlich durch französische Kriegsgefangene in Deutschland verbreitet worden sei. Es mag dies wohl für einige Städte, vielleicht auch für Belgien und die Schweiz zutreffend sein, für Deutschland im allgemeinen jedoch nicht; denn in den Jahren 68/69 waren bereits Epidemien in einzelnen Medizinal-Bezirken des Königreichs Sachsen aufgetreten, die sich bis Anfang 1870 ausdehnten und von denen ebenso gut die große Epidemie 1870 ausgegangen sein kann, wie von den französischen Kriegsgefangenen So hatte die Stadt Freiberg 1869 eine Epidemie von 359 Erkrankungen und 34 Todesfällen, der Medizinalbezirk Bautzen 169 Erkrankungen mit 16 Todesfällen; auch in Chemnitz hatte die Epidemie lange vor Beginn des Krieges ihren Anfang genommen.

Die Epidemie 1870 breitete sich beinahe über ganz Europa aus und wurde auch nach Amerika verschleppt. Frankreich hat gegen 90 000 Menschen durch sie verloren; Belgien 1870: 4163, 1871: 21 315, 1872: 8074, im ganzen 32 552; Preußen 1870: 4200, 1871: 59 839, 1872: 62 109, im ganzen 129 148; Bayern 1871: 5070, 1872: 2992, im ganzen 8062.

Ich will Sie nicht länger mit Zahlen aufhalten, möchte nur noch anführen, daß in Ländern ohne Impfgesetz die Zahl der Opfer

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

frühesten Kindheit mit Erfolg geimpften Personen 8 im Alter von 14—30 Jahren, 8 im Alter von 31—40 Jahren, 11 im Alter von 41—50 Jahren, 7 im Alter von 51—60 Jahren, 9 im Alter von 61—70 Jahren. Man zog daraus den Schluß, daß die Schutzimpfung individuell verschieden lange, selten aber über 15 Jahre Schutz gewähre.

Aus diesen Beobachtungen und der Erkenntnis, daß einmal Geimpfte nach einiger Zeit wieder empfänglich für den Impfstoff werden, folgerte man, daß eine mehrmalige Impfung einen bei weitem besseren Schutz gewähren müsse, als die einmalige. So entstanden die Wiederimpfungen, die zuerst in den Armeen eingeführt wurden. Hier war es wieder Württemberg, das mit gutem Beispiel voranging, indem am 7. Februar 1833 die Wiederimpfung sämtlicher Rekruten angeordnet wurde. Ihm folgte Preußen im darauf folgenden Jahre. In der dortigen Armee sind in den 5 Jahren 1829—1833 im ganzen 372 Soldaten an den Pocken gestorben, dagegen in den Jahren 1834—1869, also in 36 Jahren nur 105, demnach vor der Wiederimpfung jährlich 74, nach der Wiederimpfung jährlich nur 2.

Leider bürgerte sich die Wiederimpfung nicht in dem gewünschten Maße ein. In Bayern kamen in der Zeit von 1857 bis 1866 auf 100 Erstimpfungen 14, in Württemberg 26 Wiederimpfungen. Nur in Anhalt, Nassau und Sachsen-Meiningen wurden Zwangswiederimpfungen eingeführt. Eine Epidemie mußte also nahezu überall noch in Deutschland reichliche Nahrung finden, zumal auch in den Bundesstaaten, die schon lange Zwangserstimpfungen hatten, noch etwa 15—17 % Ungeimpfte vorhanden waren.

Man hat vielfach angenommen, daß die letzte große Epidemie der Jahre 1870, 71 und 72 hauptsächlich durch französische Kriegsgefangene in Deutschland verbreitet worden sei. Es mag dies wohl für einige Städte, vielleicht auch für Belgien und die Schweiz zutreffend sein, für Deutschland im allgemeinen jedoch nicht; denn in den Jahren 68/69 waren bereits Epidemien in einzelnen Medizinal-Bezirken des Königreichs Sachsen aufgetreten, die sich bis Anfang 1870 ausdehnten und von denen ebenso gut die große Epidemie 1870 ausgegangen sein kann, wie von den französischen Kriegsgefangenen So hatte die Stadt Freiberg 1869 eine Epidemie von 359 Erkrankungen und 34 Todesfällen, der Medizinalbezirk Bautzen 169 Erkrankungen mit 16 Todesfällen; auch in Chemnitz hatte die Epidemie lange vor Beginn des Krieges ihren Anfang genommen.

Die Epidemie 1870 breitete sich beinahe über ganz Europa aus und wurde auch nach Amerika verschleppt. Frankreich hat gegen 90000 Menschen durch sie verloren; Belgien 1870: 4163, 1871: 21315, 1872: 8074, im ganzen 32552; Preußen 1870: 4200, 1871: 59839, 1872: 62109, im ganzen 129148; Bayern 1871: 5070, 1872: 2992, im ganzen 8062.

Ich will Sie nicht länger mit Zahlen aufhalten, möchte nur noch anführen, daß in Ländern ohne Impfgesetz die Zahl der Opfer

weitaus größer war, als in Ländern mit Impfgesetzen, so starben in Oesterreich 1872: 39368, 1873: 65274, 1874: 36442, im ganzen während dieser Epidemie also 141084 Menschen.

Diese große Epidemie hat, so sehr sie zu bedauern war, doch den Vorteil mit sich gebracht, daß man allgemein einsehen lernte, daß gegen die Pocken etwas geschehen müsse, um solchen enormen Schädigungen künftighin energisch entgegentreten zu können. Gleichzeitig hat die Epidemie auch unumstößliche Beweise für den Nutzen der Schutzpockenimpfung gebracht. Wäre unsere Armee nicht so gut durchgeimpft gewesen, wieviel Verluste hätte sie durch die Pocken gehabt? Die deutsche Armee hatte 1870/71 nur 4991 Erkrankungen und 297 Todesfälle, während die französische Armee, in der die Revakzination der Rekruten nur teilweise vorgenommen wurde, so daß nur zirka 35 % mit Erfolg wiedergeimpfte Soldaten vorhanden waren, 51 mal soviel Leute, etwa 15000, an den Pocken verlor, wie die deutsche. Von den französischen Kriegsgefangenen erkrankten 14178 an den Pocken, davon starben 1963. Besser als durch diese Vergleichung der Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffer der beiden Armeen kann die Schutzkraft der Impfung wohl kaum bewiesen werden. Ein durch enorme Strapazen, durch Nässe und erhebliche Kälte, durch oft mangelhafte Verpflegung zweifellos zu Infektionskrankheiten disponiertes Heer widersteht so glänzend einer Seuche, die um sie herum die zahlreichsten Opfer forderte!

Von den statistischen Arbeiten über diese Epidemien ist ihrer Genauigkeit wegen besonders die meines Vaters zu nennen, der die Stadtgemeinde von Chemnitz veranlaßt hatte, von jedem Einwohner das Impfverhältnis genau festzustellen. Es stellte sich heraus, daß in Chemnitz von 64255 Einwohnern 53891 = 83,87 % geimpft, 5712 = 8,89 % ungeimpft und 4652 = 7,24 % geblattert, 1928 = 3 % revakziniert waren. Es erkrankten im ganzen 3596 Personen = 5,6 % der Bevölkerung. Von 53891 einmal Geimpften erkrankten 751 = 1,39 %, von 5712 Ungeimpften 2603 = 45,6 %, von 4652 Geblatterten erkrankten 2 = 0,005 %, von 1928 Revakzinierten 0,83 %. Die im Kaiserlichen Gesundheitsamte im Jahre 1896 bearbeitete Denkschrift über Blattern und Schutzpockenimpfung sagt von dieser Statistik: Deutlicher als an dem Beispiel von Chemnitz kann der Nutzen der Schutzpockenimpfung kaum erwiesen werden.

Der erste Beschluß des Reichstages des Norddeutschen Bundes, der die Impfung zum Gegenstand hatte, datiert vom 6. April 1870; er ging dahin, daß statistische Erhebungen über den Einfluß der einmaligen und wiederholten Einimpfung der Schutzpocken auf die Verbreitung der Menschenpocken, sowie auf die Gesundheit des Geimpften innerhalb der Staaten des Norddeutschen Bundes und tunlichst auch der übrigen Staaten angestellt werden sollten. Am 22. März 1872 wurde ein vom Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg eingereichter Entwurf eines Impfgesetzes dem Reichskanzler als Material für ein Reichsimpfgesetz überwiesen und am 23. April 1873 der Reichs-

kanzler ersucht, „für die baldige einheitliche Regelung des Impfwesens für das Deutsche Reich auf Grundlage des Vakzinationszwanges Sorge zu tragen." Bereits am 5. Februar 1874 wurde ein vom Bundesrat genehmigter Entwurf dem Reichstage vorgelegt, den dieser am 18. Februar in Beratung nahm und am 14. März mit einigen Abänderungen genehmigte; am 8. April 1874 wurde das Gesetz dann vom Kaiser sanktioniert.

Wie jedes Gesetz seine Widersacher hat, so hat auch das Impfgesetz von Anfang an eine zahlreiche Gegnerschaft gehabt, dieses um so mehr, als es bereits vor dem Erscheinen des Gesetzes zahlreiche Impfgegner, und zwar in allen Ständen gab; zu denken muß jedoch Veranlassung geben, daß so wenig Aerzte sich unter den Gegnern befanden. Unter den Aerzten, die den Arbeiten Kochs, Pasteurs, Behrings, Ehrlichs, Metschnikoffs usw. gefolgt sind, und von denen, die diese Anschauungen schon auf der Universität gelernt und begriffen haben, gibt es meines Wissens keinen einzigen Impfgegner und kann es auch keinen geben.

Die Zahl der Impfgegner hat allmählich Schritt für Schritt mit der Abnahme der Erkenntnis, welche Gefahren, welche pekuniären Schäden die Pockenepidemien gebracht haben, zugenommen; während im Jahre 1877 die Zahl der Unterschriften der an den Reichstag gelangten Petition zirka 30000 betrug, war sie 1891 schon auf über 90000 angewachsen; dazu muß jedoch bemerkt werden, daß viele von den Petitionen einfach Wiederholungen schon früher einmal abgegebener und viele Unterschriften von ein und derselben Hand geschrieben waren.

Wie groß die wirtschaftlichen Nachteile einer Epidemie werden können, davon gibt uns ein Bild die im Jahre 1895 in Gloucester ausgebrochene Epidemie; sie hat der Stadt ungefähr 300000 Mark Kosten verursacht. Darunter ist der Schaden, der dem einzelnen durch Arbeitsverlust etc., der Allgemeinheit durch Darniederliegen des Handels und Verkehrs erwachsen ist, nicht mit eingerechnet. Eine kleine Epidemie von 25 Erkrankungen, die sich im Jahre 1900 in Frankfurt a. M. ereignete, hat der Stadt zirka 25000 Mark gekostet. Man kann daraus ersehen, was für Werte bei einer allgemeinen Epidemie verloren gehen würden.

Der Hauptgrund, den die Impfgegner immer wieder anführen, daß es keine wissenschaftliche Begründung des Impfschutzes gäbe, ist durch die Arbeiten der oben angeführten Autoren längst widerlegt. Es dürfte daher den Impfgegnern nur anzuraten sein, sich erst zu informieren, ehe sie, wie der Rechtsanwalt Spohr in seiner erst kürzlich erschienenen Broschüre über das Impfgesetz, sagen, „daß der Impfschutz auf eine abscheuliche Notlüge, geboren aus Pockenfurcht und Impfwahn, gestützt sei, während jeder Schimmer eines wissenschaftlichen Beweises fehlt." Auch der gemäßigte impfgegnerische Arzt Dr. Böing scheint sich mit den Immunitätsforschungen noch nicht beschäftigt zu haben.

Die Impfung ist wie bekannt eine aktive Immunisierung. Das sehr infektiöse Kontagium der Menschenpocken verwandelt sich bei dem Durchgang durch den Körper des Rindes in das

beim Menschen nur lokal wirkende Virus der Rinderpocke, läßt aber im Körper des Menschen Stoffe, sogenannte Antikörper, zurück, die den Menschen unempfänglich für das Kontagium der Menschenpocken machen.

Seit dem Inkrafttreten des Impfgesetzes sind im Deutschen Reiche die Pocken nahezu verschwunden. Die kleineren Epidemien in Ratibor, Metz, in den Reg.-Bez. Arnsberg und Münster sind lediglich isoliert geblieben. Die meisten Erkrankungen, die seit dem Impfgesetz vorgekommen sind, sind überwiegend durch den Grenzverkehr, durch fremdländische Arbeiter, durch den Fluß- und Seeverkehr sowie durch Lumpen- und Warensendungen aus dem Auslande herbeigeführt worden. In den Jahren 1891 bis 1900 sind durchschnittlich jährlich 53, in der Zeit von 1901 bis 1910 jährlich 38 Todesfälle an Pocken im Deutschen Reiche vorgekommen. Das sind gegen früher ganz verschwindend kleine Zahlen. Ich habe zur Vergleichung, wie sich die Pockentodesfälle seit Einführung des Impfgesetzes in einer großen Stadt des Deutschen Reiches zu einer ähnlich großen Stadt in einem Staate, wo kein Impfgesetz vorhanden ist, verhalten haben, die Städte Dresden (Taf. II) und Prag (Taf. III)[1]) gewählt, die beide in lebhaftem Verkehr zueinander stehen. Der Unterschied ist so groß und so ins Auge fallend, daß wohl jeder, der objektiv zu urteilen sich in der Lage befindet, den Erfolg des Impfgesetzes zugeben muß. Wie Herr Dr. Böing sich angesichts dieser Tabellen mit dem psychologischen Moment, der Erkenntnis der Vermeidbarkeit der Pocken, abfinden wird, weiß ich nicht. Ich habe ferner die Pockentodesfälle in der Stadt Plauen i. Vogtl. (Taf. IV)[1]) für die Jahre 1810 bis 1910 festgestellt, seit dem Impfgesetz sind hier Todesfälle an Pocken so gut wie nicht vorgekommen, obwohl die Stadt dicht an der österreichischen Grenze liegt und eine fortwährend über die Grenze hin und her fluktuierende Bevölkerung hat. Aus dieser Tabelle ist ferner zu ersehen, wie vor dem Impfgesetz die Pocken nach 8, 13, 6, 8, 6, 7, 7 und 7 Jahren regelmäßig wiedergekehrt sind, allemal zu dem Zeitpunkt, an dem genügend ungeimpfte Personen sich angesammelt hatten. Die Impfung hatte in Plauen vor dem Impfgesetz nur wenig Anklang gefunden.

Daß die Impfung nicht absolut gefahrlos ist, weiß jeder von uns. Aber die Gefahren haben sich durch die Fortschritte, die die Technik gemacht hat, durch die seit dem Jahre 1885 im Deutschen Reiche allgemein eingeführte Verwendung von Tierlymphe bis auf ein Minimum reduziert. Sie werden immer mehr verschwinden, je mehr sich die Ansicht Bahn bricht, daß Reinlichkeit jeden Impfling vor Schaden bewahren kann. Den Impfärzten möchte ich ans Herz legen, jeder Mutter, die ihr Kind hat impfen lassen, größte Reinlichkeit besonders zu empfehlen; die mündliche Mahnung haftet oft besser wie die gedruckte. Trotz der jeder Mutter übergebenen Verhaltungsvor-

[1]) Siehe Anlagen 2 bis 4.

schriften kommen immer noch Kinder zur Nachschau, bei denen die Impfpusteln mit einem schmutzigen, ölgetränkten Lappen bedeckt sind. Ganz abgesehen, daß wenigstens nach meiner Beobachtung Fette die Abheilung der Pusteln verzögern, wird dadurch zu Entzündungen und Verschwärungen der Pusteln leicht Gelegenheit gegeben.

Von den Krankheiten, die namentlich von impfgegnerischer Seite als solche ausgebeutet werden, die auf den Impfling übertragen werden können, ist hauptsächlich die Syphilis zu nennen; es sind jedoch im Deutschen Reich nur 19 Uebertragungen dieser Krankheit vor der allgemeinen Einführung der Tierlymphe vorgekommen, nach dieser ist kein einziger Fall mehr beobachtet. Es ist dies jetzt auch als völlig ausgeschlossen zu bezeichnen.

Weiterhin ist vielfach behauptet worden, durch die Impfung könnte Tuberkulose übertragen werden; zur Zeit als noch von Arm zu Arm geimpft wurde, war diese Möglichkeit zwar nicht ganz auszuschließen; sie ist jedoch einwandfrei nie bewiesen. Bei den Impfungen mit Tierlymphe ist eine solche Uebertragung aber völlig unmöglich, da die Lymphe nicht eher zur Verwendung kommt, als bis das Tier, von dem die Lymphe stammt, nach der Schlachtung als völlig gesund erklärt ist.

Man sagt weiter, durch die Impfung könne ein latentes Leiden ausgelöst werden. Wenn auch ein Beweis dafür bisher durchaus nicht erbracht ist, so hat das Impfgesetz im § 2 den Impfärzten ein wirksames Mittel in die Hand gegeben, jenes zu vermeiden. Es werden denn auch im ganzen Deutschen Reich durchschnittlich 9,5 % der Kinder jährlich von der Impfung vorläufig zurückgestellt; in Industriebezirken wächst diese Zahl sogar bis auf 15 und 16 %.

Die Uebertragung von Lepra durch die Impfung ist gleichfalls ausgeschlossen, da niemals von einem leprösen Rinde Lymphe zur Erzeugung von Lymphe verwendet werden kann; denn die Rinder sind für Lepra völlig unempfänglich.

Wundstarrkrampf ist nur einmal in Amerika im Anschluß an die Impfung vorgekommen. Bei uns sind die Vorsichtsmaßregeln so vortrefflich, daß diese Erkrankung ebenfalls ausgeschlossen erscheint. Auch an eine Uebertragung von Genickstarre ist nicht zu denken, da die Rinder für Genickstarre nicht empfänglich sind.

Von der spinalen Kinderlähmung, die zweifellos durch pathogene Keime entsteht, sagt die Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, daß die Erkrankung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit außer Zusammenhang mit dem Vakzineverlauf steht.

Nach Frosch, der zahlreiche bakteriologische Untersuchungen von Lymphe vorgenommen hat, sind in der Lymphe für den Menschen virulente Keime nicht enthalten.

Krankheiten des Nervensystems können ebenfalls durch die Impfung nicht übertragen werden.

Daß Kinder nach deren Impfung an Krämpfen sterben,

kommt wohl alljährlich vor, doch trägt die Impfung keine Schuld daran. Ich habe vielfach Gelegenheit gehabt, Leichen solcher Kinder zu besichtigen; in allen Fällen war von einem abnormen Verlauf der Impfung nicht die Rede, sogar bei längst verheilten Impfpusteln behaupteten die Eltern, die Impfung trage die Schuld.

Ohnmachtsanfälle kommen bei Wiederimpfungen sowohl kurz vor der Impfung, wie gleich nach der Impfung nicht allzuselten vor. Sie schaden nichts und ereignen sich auch bei anderen Schnittwunden, kurz vor oder nach kleinen operativen Eingriffen ohne jeden Schaden für den Betreffenden.

Daß gelegentlich der öffentlichen Impfung andere Infektionskrankheiten, Scharlach, Masern, Diphtherie, Typhus und dergleichen, übertragen werden können, ist zwar möglich; diese Gefahr ist aber bei weitem nicht so groß, wie sie auch sonst für die Kinder durch den Schulbesuch, Verkehr auf der Straße etc. besteht. Außerdem bestimmt die in den Verhaltungsvorschriften enthaltene Vorschrift, daß aus einem Hause, in dem ansteckende Krankheiten wie Scharlach, Masern etc. herrschen, Impflinge zu einem allgemeinen Termin nicht gebracht werden dürfen. Wird diese Vorschrift allgemein eingehalten, dann werden derartige Uebertragungen auch vermieden werden.

Von Hautkrankheiten ist Impetigo contagiosa zu nennen, eine Infektionskrankheit, deren Erreger wir noch nicht kennen, die jedoch seit dem Jahre 1887, wo sie in der Rheinprovinz und auf der Insel Rügen beobachtet wurde, nicht wieder vorgekommen ist. Die Lymphe, die damals diese Erkrankungen hervorgerufen hatte, stammte aus einer Privatlymphanstalt. Die meisten Fälle gingen sehr bald in Heilung über; nur zwei Kinder starben an interkurrenten Erkrankungen innerer Organe.

Auch Herpes tonsurans, eine übertragbare Flechte, ist nur einmal nachweislich durch Impfung im Jahre 1890 in Württemberg in größerer Anzahl verbreitet worden; sämtliche Fälle sind aber binnen kurzer Frist völlig geheilt.

Ganz selten hat man Psoriasis, die stets schon vor der Impfung bei dem betreffenden Kinde vorhanden gewesen ist, durch die Impfung sich steigern sehen; man tut daher gut, mit Psoriasis behaftete Kinder nicht zu impfen.

Etwas häufiger treten nach der Impfung quaddelartige, rote Flecke auf, die sehr bald wieder, ohne Nachteil zu hinterlassen, verschwinden. In den letzten Jahren habe ich sie jedoch seltener gesehen als früher; ich glaube, daß dies auf die Einführung der elektrischen Zentrifugierung der Lymphe zurückzuführen ist.

Daß übertragbare Tierkrankheiten bei der Impfung übertragen werden könnten, ist durch die genaue Untersuchung der geschlachteten Impftiere als unmöglich zu bezeichnen.

Die einzigen Krankheiten, die nach der Impfung auftreten können, sind Wundkrankheiten mit ihren Folgen, sowie Uebertragungen der Vakzine durch Kratzen auf andere Körperstellen; dadurch können auch die Bindehäute der Augen in Mitleidenschaft gezogen werden. Das bald nach der Impfung

entstehende Früherysipel, das man der Impfung zur Last legen kann, kommt nur sehr selten vor und verschwindet in der Regel bald, ohne Nachteil zu hinterlassen. Bei 70000 Impfungen, die ich vorgenommen habe, ist es nicht ein einziges Mal zu meiner Kenntnis gekommen. Dagegen habe ich öfters Späterysipele zu beobachten Gelegenheit gehabt, die unter Umständen gefährlich werden können, aber ausnahmslos auf unsaubere Behandlung der Impfstelle oder auf mechanische Insulten zurückzuführen waren. Bei uns war früher unter dem Volke die Meinung verbreitet, man dürfe geimpfte Kinder nicht baden und nicht mit reiner Wäsche versehen; daß natürlich durch solche Unreinlichkeiten Wundkrankheiten entstehen können, liegt klar auf der Hand, sie können nur der Impfung nicht in die Schuhe geschoben werden. Auch die von dem Naturheilkundigen Bilz und Dr. phil. Majus empfohlenen Methoden, gleich nach der Impfung die Impfstellen auszusaugen oder mit Weingeist und dergleichen abzureiben, sind geeignet, Wundkrankheiten hervorzurufen.

Die durch die Impfung mitunter hervorgerufene Anschwellung der Lymphdrüsen geht in der Regel sehr bald ohne Eiterung zurück. Die vereinzelt auftretende Verschwärung der Impfpusteln heilt in der Regel bei genauer Befolgung der hierfür gegebenen ärztlichen Vorschriften ziemlich schnell. Wenn mir bei der Nachschau ein Kind mit aufgekratzten oder aufgescheuerten Impfpusteln vorgestellt wird, so pudere ich etwas Xeroformpulver auf, wodurch der Schmerz oder Juckreiz sehr bald verschwindet und eine rasche Eintrocknung der Pusteln bewirkt wird. Ich kann dieses Verfahren nur jedem Impfarzt dringend empfehlen. Auch die Verschwärung der Impfpusteln behandle ich mit raschem und sehr gutem Erfolg mit Xeroform. Von Salben, obwohl sie dem Publikum besser gefallen, habe ich nie eine baldige Besserung gesehen.

Wie die in den Petitionen an den Reichstag aufgeführten Impfschädigungen zustande kommen, darüber gibt die Arbeit des Generalarztes Dr. Gähde die beste Auskunft, die ich jedem zum Studium empfehlen kann. Auch die in der Denkschrift des Kaiserlichen Gesundheitsamtes erwähnte Altenburger Petition, bei der der Verfertiger der Petition zugeben mußte, daß er etwas Ungehöriges geschrieben habe, was er keinesfalls beweisen könne, gibt ein anschauliches Bild, wie fahrlässig bei solchen Aufzählungen verfahren wird. Ich habe öfter Gelegenheit gehabt, die unerhörtesten Behauptungen über angebliche Impfschädigungen anzuhören und ihnen nachzugehen, ohne daß ich nur ein einziges Mal eine Berechtigung gefunden hätte. Erst kürzlich wurde mir ein Wiederimpfling mit einem angeschwollenen Auge vorgestellt, das Folge der Impfung sei. Ich fand eine zweifellos durch einen Fremdkörper hervorgerufene minimale Verletzung der Cornea, die schon am zweiten Tage wieder vollständig geheilt war; trotzdem ließen sich die Eltern nicht überzeugen.

M. H.! Sie werden mir alle beistimmen, daß die wirklichen Schädigungen nach der Impfung fast alle vermieden werden können und daß sie so selten sind,

daß sie nur als Zufälligkeiten bezeichnet werden können.

Unter den angeblichen Impfschädigungen sind auch zahlreiche Fälle von Brechdurchfall, Lungenentzündung, von Rhachitis, Lupus, Skrophulose, Knochen- und Gelenktuberkulose, Ekzem und anderen Hautkrankheiten, Windpocken und Masern aufgeführt, von denen jeder denkende Mensch von vornherein sagen muß, daß sie nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Impfung stehen können. Das ungebildete Publikum ist davon leider nur in seltenen Fällen zu überzeugen.

Noch in einem Gutachten der Preußischen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen vom 5. Dezember 1906 wird der in dem Gutachten derselben Körperschaft vom 28. Februar 1872 aufgestellte Grundsatz aufrecht erhalten, daß keine verbürgte Tatsache vorliegt, die für einen nachteiligen Einfluß der Impfung auf die Gesundheit des Menschen spricht.

Gestatten Sie mir noch einige Worte über die Impftechnik. Ich habe, ehe ich mit dem Platiniridiummesser geimpft, bei mehreren tausend Impfungen die Impfstelle mit Aether, Alkohol, Sublimatlösung desinfiziert, daneben dieselbe Zahl ohne Desinfektion der Hautstelle geimpft. Der Erfolg der Impfung war bei denen mit Desinfektion etwas geringer, die Reizerscheinungen waren genau dieselben. Impft man mit dem Platiniridiummesser, so verbieten sich feuergefährliche Desinfektionsmittel von selbst. Die geringeren Erfolge sind wohl der etwas stärkeren Blutung zuzuschreiben, die durch die Reizung der Haut bei der Desinfektion hervorgerufen wird. Auch die Desinfektion mit Jod hat ihre Bedenken und dürfte Spätinfektion nicht ausschließen. Ich impfe dafür nur reine Kinder und weise jedes unreine zurück; zum Lobe unserer Bevölkerung muß ich sagen, daß eine Zurückweisung nur ganz selten vorgekommen ist. Beschmutzt sich ein Kind die Impfstelle mit Speichel oder irgendwie, so reinige ich selbstverständlich die Impfstelle.

Ich habe weiterhin bei 478 Impfungen verschiedene Verbände angelegt und bin zu dem Resultat gekommen, daß sie durchaus nicht akzidentelle Schädlichkeiten verhindern können, daß sie diese vielmehr begünstigen, indem die Abheilung der Pusteln ganz bedeutend verzögert wird. Der ehemalige Präsident des Landes-Medizinal-Kollegiums, Herr Geheimrat Dr. Günther, hat sich persönlich von den unbefriedigenden Erfolgen der Verbände überzeugt und mir in jeder Beziehung beigestimmt. Ganz abgesehen von den Mehrkosten müßte auch eine viel häufigere und mindestens auf 14 Tage sich erstreckende ärztliche Ueberwachung der Impflinge stattfinden, die ihren Angehörigen erheblichen Zeitaufwand verursachen würde. Die Impfhinterziehungen würden sich dann zweifellos ganz erheblich mehren.

Ich halte die Impfung mit dem Platiniridiummesser für die beste und sicherste, und bedauere, daß sie nicht allgemein vorgeschrieben ist.

Die erste Waffe der Impfgegner war die Statistik; sie ist

etwas eingerostet, zumal ihnen vielfach ihre Irrtümer bewiesen worden sind. Ich verweise nur auf die vortrefflichen Arbeiten von Joseph Körösi, der sich eingehend mit den von impfgegnerischer Seite aufgestellten Statistiken beschäftigt hat. Jetzt führen die Impfgegner andere Gründe an, ohne sie jedoch näher bewiesen zu haben. Sie sagen, die Gesamtsterblichkeit habe zugenommen. Das ist jedoch nicht wahr; denn während im Jahre 1875 auf je 1000 Lebende 29 Sterbefälle kamen, ist diese Zahl im Jahre 1905 auf 21 Sterbefälle gesunken. Auch aus der Berechnung der mittleren Lebensdauer ist zu ersehen, daß diese nicht unwesentlich, beim männlichen Geschlecht um 5, beim weiblichen um $5^1/_2$ Jahre, seit 1871 zugenommen hat, wie Sie aus der Tafel (Taf. V) [1])hier ersehen können, auf der die mittlere Lebensdauer von 1871 bis 1880, 1881 bis 1890 und 1891 bis 1900 dargestellt ist.

Auch die Behauptung, die Abnahme der Pockensterblichkeit sei eine Folge der größeren Verbreitung anderer Infektionskrankheiten, ist unhaltbar. Es ist ganz natürlich, daß bei epidemischer Ausbreitung von Scharlach, Masern und Diphtherie mehr Kinder erkranken und auch sterben, wenn mehr da sind; es würde jedoch ein großer Fehler sein, wollte man die Pockensterblichkeit wieder einführen, lediglich damit die anderen Infektionskrankheiten geringere Erkrankungs- und Sterblichkeitsziffern aufweisen können. Außerdem kann von einer allgemeinen Zunahme der Erkrankungs- und Todesfälle an solchen Krankheiten durchaus nicht gesprochen werden, ihre Zahl weist nur erhebliche Schwankungen auf. Nach Behla ist z. B. in Preußen die Sterblichkeit (auf 10000 Lebende berechnet) an Diphtherie seit 1876 von 16,33 auf 2,52, die von Typhus abdominalis von 6,61 auf 0,49 zurückgegangen. Auch die Sterblichkeit an Tuberkulose hat sich erfreulicher Weise vermindert und nicht, wie die Impfgegner behaupten, vermehrt. Ich habe die Tuberkulosesterblichkeit für die Stadt Plauen von 1800—1910 festgestellt; Sie sehen aus der hier aufgehängten Tabelle (Tafel VI) [1]), wie sie sich in den letzten Jahrzehnten vermindert hat. Man muß im Gegenteil behaupten, seit der Abnahme der Pockensterblichkeit hat auch die Tuberkulosesterblichkeit abgenommen; denn viele von denen, die an den Pocken erkrankt und genesen waren, erwarben sich dadurch die Disposition zur Erkrankung an Tuberkulose. Nach Behla ist die Tuberkulosesterblichkeit in Preußen von 80000 Gestorbenen im Jahre 1876 auf 60215 im Jahre 1909 zurückgegangen, oder von 30,15 auf 10000 Lebende auf 15,59.

Im Anschluß daran möchte ich — aus begreiflichen Gründen jedoch ohne Kommentar — einen kürzlich mir in die Hände gelangten Ausspruch des impfgegnerischen Arztes Dr. v. Nießen in Frankfurt a. M. erwähnen, der wie folgt lautet:

„Es ist durchaus nichts Unerhörtes, wenn ich, auf neue in der Technik fortgeschrittene bakteriologische Untersuchungen gestützt, behaupte, daß die Pocken auf das engste ursächlich verwandt, wenn nicht gleich sind mit der Tuberkulose, Gonnorhoe und Syphilis. Diese Tatsache dürfte ausschlaggebend

[1]) Siehe Anlagen 5 und 6.

sein, um über ein derart unnützes, unwissenschaftliches, gefährliches und widerwärtiges Verfahren, wie die Impfung, den Stab zu brechen."

Die weiteren Behauptungen der Impfgegner, daß die Pocken genau so wie die Pest und Cholera nach großen epidemischen Ausbreitungen wieder verschwunden seien, ist ebenfalls und zwar schon aus dem Grunde nicht stichhaltig, weil diese Krankheiten bei uns nicht heimisch und nur durch eingeschleppte Fälle verbreitet worden sind. Die Pocken sind jedoch bis zum Jahre 1875 bei uns vollkommen heimisch gewesen und sind es noch in klimatisch gleichgestellten Ländern, in denen kein Impfzwang besteht.

Auch die Behauptung der Impfgegner, die besseren hygienischen Verhältnisse, die bessere Lebenshaltung der Bevölkerung hätten die Abnahme der Pockenepidemien bewirkt, läßt sich erst jetzt als mitwirkender Faktor anführen, kann aber bei dem Rückgang der Pockenepidemien im Anfang des vorigen Jahrhunderts unmöglich eine Rolle gespielt haben; denn damals war die Lebenshaltung der Bevölkerung durch die fortwährenden Kriege alles andere, nur nicht gut; auch die hygienischen Verhältnisse konnten nicht anders denn als traurige bezeichnet werden.

Wenn ferner behauptet worden ist, die Schutzimpfung sei überflüssig, da die Pocken in das Seuchengesetz des Reiches aufgenommen seien, so ist dem entgegenzuhalten, daß bei einer Nichtaufnahme der Pocken in das Seuchengesetz die zur Bekämpfung der alljährlich durch Ausländer eingeschleppten Fälle angeordneten Vorsichtsmaßregeln nicht mit der nötigen Strenge durchgeführt werden könnten. Außerdem liegt klar auf der Hand, daß sich bei einer großen Epidemie die Absperrmaßregeln nicht mit dem Erfolg wie bei einzelnen Erkrankungsfällen durchführen lassen, zumal wir den Erreger der Pocken noch gar nicht kennen, also auch mit einem spezifischen Desinfektionsmittel noch nicht bewaffnet sind. Man vergegenwärtige sich die Chemnitzer Epidemie von 1870—1871, wo in manchen Straßen die Pocken über ein Jahr gehaust haben; wozu würde die Sperre geführt haben? Ich erinnere nochmals an die Epidemie 1895 in Gloucester, wo die Absperrungsmaßregeln mit der Niederbrennung des Pockenhospitals von der Bevölkerung beantwortet wurden.

Die vornehmste Aufgabe der Hygiene ist die rechtzeitge Prophylaxis; in der Schutzimpfung haben wir aber das vorzüglichste Prophylaktikum gegen die Pocken, und müssen es deshalb auch zur Anwendung bringen.

Man wird noch einwenden, daß in anderen Ländern, die ebenfalls ein Impfgesetz haben, doch die Pocken nicht in dem Maße zurückgegangen sind, wie in Deutschland; die Schuld daran trägt zweifellos, namentlich in Frankreich, die mangelhafte Durchführung der Impfgesetze.

Zum Schluß komme ich noch mit einigen Worten auf die englische Gewissensklausel zu sprechen, die im Jahre 1898 eingeführt wurde. Im Anfang haben die Impfungen nicht abgenommen; seit 1904 stieg jedoch alljährlich die Zahl der Kinder, die auf Grund der Gewissensklausel nicht geimpft wurden, von

4,1 % im Jahre 1899 auf 9,1 % und ist auch in den letzten Jahren, namentlich in den größeren Städten, noch weiter in die Höhe gegangen. Da diese Kinder für das ganze Leben von der Impfung befreit sind, wächst allmählich die Gesamtzahl der Ungeimpften ganz beträchtlich; es wird also alljährlich der Nährboden für Pockenepidemien erweitert. England liegt ja insofern günstig, als die Einschleppung nur auf dem Seeweg erfolgen kann. Wenn die Einschleppung aber nicht durch strenge Maßregeln verhütet wird, werden die Engländer sicher in nicht zu langer Zeit wieder eine große Pockenepidemie in ihrem Lande erleben.

Deutschland liegt viel ungünstiger; es wird begrenzt von Ländern ohne Impfgesetz oder von solchen, in denen die Durchführung der bestehenden Impfgesetze eine mangelhafte ist. Außerdem ist auf dem Landweg und im kleineren Grenzverkehr eine Einschleppung zweifellos weniger leicht zu verhüten wie im Seeverkehr. Würde bei uns die Gewissensklausel eingeführt, so würde binnen wenig Jahren die Zahl der Ungeimpften eine ganz erhebliche sein, der Segen, den das nunmehr 36 Jahre bestehende Impfgesetz gebracht hat, würde durch eine einzige größere Epidemie zu nichte gemacht werden, unermeßliche wirtschaftliche Nachteile würden über Deutschland hereinbrechen; alle Stände, Handel, Industrie würden zu leiden haben, und unsere Wehrfähigkeit würde gewaltig abnehmen.

Die Gründe der Impfgegner, unter denen es nur wenige Personen gibt, die sich ernstlich mit der Sache beschäftigt haben, wenige, die auf fachwissenschaftlichen Unterlagen sich ein Urteil bilden können, sind durchgängig nicht stichhaltig, die von ihnen aufgeführten Schäden entweder übertrieben oder gar nicht nachweisbar oder völlig erfunden.

M. H.! Ich bin am Schlusse meiner Ausführungen und bitte Sie, folgende Resolution anzunehmen und den Vorstand zu beauftragen, diese dem Reichsamt des Innern zu übermitteln:

„Der Deutsche Medizinalbeamten-Verein hält die Aufrechterhaltung des Impfgesetzes vom 8. April 1874 für unbedingt notwendig und ist der festen Ueberzeugung, daß eine Aenderung desselben, insbesondere die Einführung der englischen Gewissensklausel, die größten Gefahren für das deutsche Volk mit sich bringen würde.“

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion sowohl über den Vortrag des Herrn Referenten, als über die von ihm vorgeschlagene Resolution.

H. Geh. Med.-Rat Dr. Hecker, Reg.- u. Med.-Rat in Straßburg (Elsaß): Der Herr Vortragende hat in überzeugender, erschöpfender und übersichtlicher Weise alles gesagt, was über die Notwendigkeit der Schutzpockenimpfung angeführt werden kann, und hat dabei den Standpunkt vertreten, den wir wohl alle nach jeder Richtung hin billigen. Ich halte es deshalb für zweckmäßig, wenn wir auf eine Diskussion verzichten und ohne eine solche die von

ihm vorgeschlagene Resolution einstimmig annehmen. Es dürfte auch nach außen hin einen eindringlicheren und größeren Eindruck machen, wenn wir in dieser Weise unsere Herzensmeinung zum Ausdruck bringen. (Allseitiger Beifall!)

Vorsitzender: M. H.! Der Antrag des Vorredners, die vorgeschlagene Resolution ohne Diskussion anzunehmen, ist nach unserer Geschäftsordnung nur zulässig, wenn gegen diesen Antrag kein Widerspruch erhoben wird. Ich frage also, ob jemand das Wort dazu nehmen will? — Es ist nicht der Fall. Dann bringe ich die Resolution zur Abstimmung und bitte diejenigen Herren, die damit einverstanden sind, aufzustehen.

(Geschieht.)

Der Antrag ist einstimmig angenommen.

Im Namen des Vereins darf ich wohl dem Herrn Referenten für sein vorzügliches Referat unseren verbindlichsten Dank aussprechen.

(Beifall.)

II. Bericht der Kassenrevisoren. Vorstandswahl.

Vorsitzender: Ich erteile zunächst Herrn Med.-Rat Dr. Oßwald das Wort zur Erstattung des Berichts über die Kassenrevision.

H. Med.-Rat Dr. Oßwald, Bezirksphysikus in Arnstadt: Die Kassen-Abrechnung nebst den dazu gehörigen Belegen ist vom Herrn Kollegen Dr. Löer und mir geprüft und für richtig befunden. Der augenblickliche Kassenbestand im Betrage von 10417 Mk. 4 Pfg. ist ebenfalls vorhanden. Dem Herrn Kassenführer kann daher Entlastung erteilt werden.

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion darüber. — Es meldet sich niemand zum Wort, dann stelle ich den Antrag der Herren Kassenrevisoren, unserem Kassenführer Entlastung zu erteilen, zur Abstimmung und bitte diejenigen Herren, die dafür sind, sitzenzubleiben. — Es erhebt sich niemand. Die Entlastung ist einstimmig erteilt worden.

Ich darf wohl in Ihrem Namen unserem Herrn Kassenführer für die mühsame Arbeit der Kassenführung, der Einziehung der Beiträge usw., unseren besten Dank aussprechen.

(Beifall.)

Wir kommen nunmehr zur Vorstandswahl.

H. Geh. Reg.- u. Obermedizinalrat Dr. Philipp-Gotha: Ich beantrage die Wiederwahl des Vorstandes durch Zuruf.

(Allgemeiner Beifall.)

Vorsitzender: M. H., es ist ja für den Vorstand sehr ehrenvoll, wenn Sie eine Wiederwahl durch Zuruf beantragen; aber nach der Geschäftsordnung ist dies nur dann zulässig, wenn von keiner Seite Widerspruch erhoben wird. Ich frage also zunächst an, ob jemand dagegen Widerspruch erhebt? — Es ist dies

nicht der Fall, dann bringe ich den Antrag des Herrn Kollegen Dr. Philipp zur Abstimmung und bitte diejenigen Herren, die damit einverstanden sind, sitzenzubleiben. — Es erhebt sich niemand. Der Antrag ist einstimmig angenommen.

Im Namen des Vorstandes und speziell auch in meinem Namen spreche ich Ihnen für das Zutrauen, daß Sie uns durch den Antrag auch in bezug auf die künftige Leitung des Vereins geschenkt haben, unseren verbindlichsten Dank aus. Soweit ich über die Ansichten der anderen Vorstandsmitglieder unterrichtet bin, sind sie sicherlich alle bereit, das nicht allzu schwierige Amt eines Vorstandsmitgliedes wieder zu übernehmen.

(Lebhafter Beifall.)

III. Die Reichsversicherungsordnung und der beamtete Arzt.

H. Bezirksarzt Dr. Graßl-Lindau: M. H.! In Mitte des vorigen Jahrhunderts suchte die aufblühende Industrie die Schäden, die sie ihren Arbeitern schlug, durch die Haftpflicht des Einzelnen zu mindern. Diese Haftung erwies sich bald als eine Fessel der fortschreitenden Industrie. Sie, im Verein mit der alten Charitas, vermochten aber auch nicht aus den Arbeiterkreisen das Massenelend zu nehmen. Es waren also Gründe genug vorhanden für die Reichsverwaltung, die soziale Fürsorge gesetzmäßig zusammenzufassen. Aber es fehlte jedes Vorbild. Weder die jetzige Welt, noch die Geschichte wies einen brauchbaren Maßstab auf für die größte aller Evolutionen auf wirtschaftlichem und humanitärem Gebiete. Bei der Unsicherheit des Erfolges konnte sich der Staat mit der sozialen Fürsorge nicht derart eng verbinden, daß das Fehlschlagen der sozialen Fürsorge auch den Staat in seiner Existenz bedroht hätte. Er überwies daher die Finanzierung den einzelnen Versicherungsgruppen. Hierbei fehlte allerdings der einheitliche Gedanke. Die Krankenkassen waren demokratisch organisiert, die Berufsgenossenschaften plutokratisch und die Versicherungsanstalten bureaukratisch. Das Spartenschiedsgericht vollendete die Buntfarbigkeit. Mit der Lokalisierung der Schiedsgerichte war der erste Schritt zur Vereinheitlichung gemacht. Unterdessen hatten sich die Krankenkassen als ein Staat im Staate entwickelt und drohten, auch auf bürgerliche Kreise die Vertretung ihrer Sonderinteressen hinüberzutragen. Sie alle kennen noch den ächten Kulturkampf, den die ärztliche Welt gegen ihre Proletarisierung kämpfen mußte. So drängte dies alles zur Umarbeitung, zur Vereinheitlichung. Auch ich habe 1898 in der Münchener Medizinischen Wochenschrift der Vereinheitlichung und der Errichtung der von mir „Versicherungsämter“ benannten Stellen das Wort geredet. Sie wissen, daß der erste Entwurf der neuen Versicherungsordnung diesen Weg gehen wollte, und Sie kennen auch die Gründe, weshalb er nicht zum Ziele führte.

Die Reichsversicherungsordnung ist ein Kompromiß und muß als solches bewertet werden; sie läßt die Entwickelungsrichtung deutlich erkennen und ist ein Werk, um das uns andere Staaten beneiden. Schon die bisherigen Reichsversicherungen griffen stark in das öffentliche Leben ein: Sie befruchteten die medizinische Wissenschaft, führten eine große Menge der Bevölkerung in ärztliche Behandlung, gewöhnten dadurch auch den Mittelstand an den Arzt; sie deckten die Lebensverhältnisse der Arbeiter auf und verbesserten diese; sie verlängerten dadurch die Lebensaussicht des Einzelnen und waren in der öffentlichen Hygiene ein mächtiger Faktor. Von der neuen Reichsversicherungsordnung wird alles dies im erhöhten Maße gelten. Sie wird eines der tragfähigsten Säulen der Staatsmedizin werden, deren rechtzeitige Belastung der beamtete Arzt vornehmen kann und muß; sie wird sich als der stärkere Teil erweisen gegenüber der abweichenden Organisation des Medizinalwesens einzelner Bundesstaaten.

M. H.! Den bisherigen Versicherungsträgern, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten hat der Staat als Gegengewicht seine Organe gegenübergestellt, die Träger der Staatsgewalt. Es sind dies die Versicherungsämter in unterer, die Oberversicherungsämter in mittlerer und die Landesversicherungsämter sowie das Reichsversicherungsamt in höchster Instanz.

Den beamteten Arzt berühren am meisten die Versicherungsämter.

Der Vorstand des Versicherungsamtes ist der Leiter der unteren Verwaltungsbehörde, bei der das Amt errichtet wird. Als Vertreter kann eine Person genommen werden, die nach ihrer Vorbildung und Erfahrung auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung dazu geeignet ist. Nach dem Wortlaute des Gesetzes ist also nicht verlangt, daß es ein Jurist ist. Voraussichtlich werden aber die meisten Bundesstaaten die juristischen Hilfspersonen der politischen Verwaltungsbehörde als Stellvertreter aufstellen und diesen die eigentliche Arbeit übertragen. Die Tätigkeit des Vorstandes besteht nicht bloß in Bureauarbeit, sondern vor allem in Spruch- und Beschlußtätigkeit. Für die Beschluß- und Spruchtätigkeit werden aus der Reihe der Versicherungsvertreter eigene Ausschüsse gebildet. Für die Beschlußtätigkeit kann ihm außerdem ein „Beirat“ beigegeben werden. Im § 58 heißt es:

„Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, wie weit das Versicherungsamt technische, staatliche und gemeindliche Beamte seines Bezirkes als Beiräte mit beratender Stimme zum Beschlußverfahren zuziehen darf.“

M. H.! Diese „technischen staatlichen Beamten“ sind wir beamtete Aerzte! Der Ton in dem § 58 ist auf das Wort „darf“ zu legen. Erläßt der betreffende Bundesstaat keine Bestimmungen, so ist der beamtete Arzt zur Teilnahme an dem Beschlußverfahren des Versicherungsamtes nur in soweit verpflichtet, als bisher schon das Verhältnis zwischen beamtetem Arzt und sozialer Versicherung geregelt ist. Es gibt Staaten, die bisher ihren Amtsärzten die Beteiligung an dem Vollzuge der sozialen Gesetzgebung

völlig freigestellt haben und zu diesen Staaten gehört Bayern. In diesen Staaten würde ohne Regelung nach § 58 der beamtete Arzt dem Versicherungsamte gegenüber lediglich Privatarzt sein. Dieser Zustand wird aber sicher nicht lange dauern. Nach § 59 [1]) trägt nämlich der Bundesstaat die Gesamtkosten des Versicherungsamtes und darf sie nicht auf die Versicherungsträger und Versicherten abwälzen. Dieser Zustand der Nichtregelung der Verhältnisse zwischen beamtetem Arzt und Versicherungsamt würde also dem Staate Kosten auferlegen, die er leicht vermeiden kann. Außerdem braucht das Versicherungsamt einen in Verwaltungsangelegenheiten erfahrenen Arzt. Es werden Angelegenheiten zum Beschlußverfahren kommen, die am besten der beamtete Arzt begutachtet. Zudem muß der Arzt des Versicherungsamtes für dieses Amt stets erreichbar sein. Kurz, in absehbarer Zeit werden wahrscheinlich sämtliche Bundesstaaten den beamteten Arzt als den Amtsarzt im Beschlußverfahren des Versicherungsamtes aufstellen und sein Verhältnis zu diesem dienstlich regeln.

Jetzt schon kann ausgesprochen werden, daß es für uns beamtete Aerzte dann mißlich wäre, wenn der Vorstandsstellvertreter dem mittleren Beamtenstand angehören würde.

Welches sind nun die **Aufgaben des Beschlußverfahrens?**

§ 1780 sagt:

„Soweit das Gesetz nicht das Spruchverfahren vorschreibt, ergehen die Entscheidungen der Versicherungsbehörden im Beschlußverfahren."

Um also die Rechtsdinge, die im Beschlußverfahren erledigt werden, auszuscheiden, müßten wir die Spruchsachen von den sämtlichen Amtshandlungen abziehen; das würde aber nicht mehr in den Rahmen eines Referates passen. Es dürfte vielmehr genügen, wenn wir nur einzelne der hier am meisten interessierenden Gegenstände des Beschlußverfahrens herausheben.

Für die Versicherung neu ist zunächst die Behandlung der **Trunksüchtigen.** Die Versicherungsordnung sagt in dieser Hinsicht:

„§ 120. Trunksüchtigen, die nicht entmündigt sind, können ganz oder teilweise Sachleistungen gewährt werden. Auf Antrag eines beteiligten Armenverbandes oder der Gemeindebehörde des Wohnorts des Trunksüchtigen muß dies geschehen. Bei Trunksüchtigen, die entmündigt sind, ist die Gewährung der Sachleistungen nur mit Zustimmung des Vormundes zulässig. Auf seinen Antrag muß sie geschehen.

Die Sachleistungen gewährt die Gemeinde des Wohnorts. Der Anspruch auf Barleistungen geht im Werte der Sachbezüge auf die Gemeinde über. Die Sachleistung kann auch durch Aufnahme in eine Trinkerheilanstalt oder mit Zustimmung der Gemeinde durch Vermittlung einer Trinkerfürsorgestelle gewährt werden.

Ein Rest der Barleistungen ist dem Ehegatten des Bezugsberechtigten, seinen Kindern oder seinen Eltern und, falls solche nicht vorhanden sind, der Gemeinde zur Verwendung für ihn zu überweisen.

[1]) § 59 lautet: „Sämtliche Kosten des Versicherungsamts trägt der Bundesstaat. Ist das Versicherungsamt bei einer gemeindlichen Behörde errichtet, so trägt sie der Gemeindeverband, dessen Bezirk den des Versicherungsamts umfaßt. Ist ein Versicherungsamt für die Bezirke mehrerer unterer Verwaltungsbehörden gemeinsam errichtet, so bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde die Kostenverteilung."

§ 121. **Das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) erläßt die Anordnung nach Anhören der Gemeindebehörde und des Bezugsberechtigten und teilt sie ihnen und dem Versicherungsträger schriftlich mit. Es entscheidet bei Streit zwischen der Gemeinde und dem Bezugsberechtigten.**

Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig.

Ist der Anspruch auf Barleistungen endgültig auf die Gemeinde übergegangen, so benachrichtigt der Versicherungsträger die Post, wenn es sich um Barleistungen aus der Unfall- oder aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung handelt."

Bei dem berühmten altgermanischen Durst unserer Brüder wird die Behandlung der Trunksüchtigen öfters Gegenstand des amtsärztlichen Gutachtens sein. Es frägt sich, wer ist trunksüchtig? Im § 6 des Bürgerlichen Gesetzbuches kommt ebenfalls der Begriff „Trunksüchtiger" vor; es ist deshalb naheliegend, die Kommentatoren des B. G.-B. zu befragen. Aber diese weichen von einander sehr ab, nicht bloß die medizinischen, auch die juristischen. So erklärt Endemann nur den Gewohnheitstrinker mit Delirium für trunksüchtig; Rehbein verlangt als Motiv der Trunksucht den Alkohol, schließt also pathologische Trinker aus; Löwenfeld-Staudinger erklären jeden für trunksüchtig, der unter gewöhnlichen Umständen nicht die Kraft hat, den Anreiz zum übermäßigen Alkoholgenuß zu widerstehen. Bekannt ist die Definition Kräpelins, der jeden für trunksüchtig erklärt, der Alkohol zu sich nimmt, obwohl der vorher genossene Alkohol noch nachwirkt. Die Erklärung Kräpelins erfaßt also nicht die Quartalstrinker.

M. H.! Sie sehen, daß wir mit der wissenschaftlichen Erklärung des Trunksüchtigen nicht weit kommen. Am besten werden wir wohl fahren, wenn wir uns an den vulgären Begriff halten. Das Volk sieht jeden als trunksüchtig an, der soviel Alkohol gewohnheitsmäßig zu sich nimmt, daß er dadurch die Führung über seine Person und seine Angelegenheiten verliert. Jedenfalls müssen wir uns vor den zwei Extremen hüten. Wir dürfen nicht jeden Trinker als trunksüchtig erklären, wir dürfen dem Antialkoholismus keinen Eintritt in den Beschlußsaal gewähren; anderseits dürfen wir auch nicht so lange warten, bis ein Delirium vorliegt, oder bis der Trunksüchtige unrettbar verloren ist. Die Reichsversicherungsordnung ist ein Wohlfahrtsgesetz und muß als solches gefaßt werden. Man hat gefragt, ob auch der Aethertrinker als trunksüchtig gilt; ich glaube, weder das Bürgerliche Gesetzbuch noch die Reichsversicherungsordnung hindern diese Einreihung.

Die §§ 120 und 121 sind Mantelbestimmungen; sie gelten also für alle Versicherungssparten: für die Krankenkassen, für die Unfallverletzten, für Invalidenanstalten, für Männer und Frauen, Witwen und Angehörige der auf- und absteigenden Linie. Als beamtete Aerzte haben wir die Pflicht der Für- und Vorsorge für Kranke und Hilfsbedürftige. Wir werden also in gegebenen Fällen die Armenpfleger zur Stellung eines Antrages auf Sachleistung an Trunksüchtige veranlassen.

Eine weitere Tätigkeit im Beschlußverfahren erwartet uns in der Ablösungsfrage der Kassenleistungen bei Ausländern. Die maßgebenden Bestimmungen darüber lauten:

„§ 217. Gibt ein Versicherter nach Eintritt des Versicherungsfalls seinen Aufenthalt im Inland auf, ohne daß die Krankenhilfe ruht, so kann ihn die Krankenkasse dafür durch einmalige Zahlung abfinden. Diese muß dem Werte der Kassenleistungen entsprechen, auf die er im Inland nach der voraussichtlichen Dauer der Krankheit Anspruch haben würde; hierbei sind für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns auszusetzen.

Für die Abfindung ist auch bei Streit das Gutachten des Arztes maßgebend, über den die Beteiligten sich einigen, sonst das des beamteten Arztes.

§ 218. Die §§ 216[1]), 217 gelten entsprechend bei Wochenhilfe sowie in den Fällen des § 205 Nr. 1, 2[2]) für die berechtigten Familienmitglieder."

Es ist dies das einzige Mal, daß der beamtete Arzt als solcher in der Reichsversicherungsordnung genannt ist.

Die Ablösung kleinerer Renten, geringer Zusatzrenten, ferner die Ablösung der Ausländer ist in der Reichsversicherungsordnung eine sehr weite; ja sie ist nach Artikel 62 des Einführungsgesetzes sogar rückwirkend.

Ferner wird das Versicherungsamt den beamteten Arzt heranziehen nicht nur bei der Verwaltung der Mittel (§ 367)[3]), sondern auch in der Beaufsichtigung der Krankenkassen (§§ 30—34[4])

---

[1]) § 216 betrifft das Ruhen der Rente.

[2]) § 205 Nr. 1 u. 2 betreffen die Familienhilfe und lauten:

„Die Satzung kann zubilligen

1. Krankenpflege an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten,
2. Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen der Versicherten."

[3]) § 367: „Die Kasse hat dem Versicherungsamt einen Rechnungsabschluß einzureichen sowie Nachweisungen über die

1. Mitglieder,
2. Krankheits-, sonstigen Leistungs- und Sterbefälle,
3. eingegangenen Beiträge,
4. gewährten Leistungen,
5. Art und Höhe des Entgelts für die ärztlichen Leistungen,
6. Zahl der für die Kasse tätigen Aerzte, Spezialärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Apothekenbesitzer und -Verwalter und anderen solchen Personen, welche Arzneimittel feilhalten.

Der Bundesrat stellt Muster und Einsendungsfristen fest; er kann den Inhalt der Nachweisungen ausdehnen. Mindestens von vier zu vier Jahren sind die Nachweisungen und Abschlüsse einheitlich für das Reich zusammenzustellen."

[4]) „§ 30. Das Aufsichtsrecht der Aufsichtsbehörde erstreckt sich darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden.

§ 31. Die Aufsichtsbehörde kann jederzeit die Geschäfts- und Rechnungsführung des Versicherungsträgers prüfen.

Die Mitglieder seiner Organe, seine Vertrauensmänner, Beamten und Angestellten haben der Aufsichtsbehörde oder ihren Beauftragten auf Verlangen alle Bücher, Rechnungen, Belege und Verhandlungen sowie die von ihnen verwahrten Urkunden, Wertpapiere und Bestände vorzulegen und alles mitzuteilen, was zur Ausübung des Aufsichtsrechts gefordert wird.

Die Aufsichtsbehörde kann die im Abs. 2 Bezeichneten, vorbehaltlich des § 985 Abs. 2, durch Geldstrafen bis zu eintausend Mark anhalten, das Gesetz und die Satzung zu befolgen.

§ 32. Die Aufsichtsbehörde kann verlangen, daß die Organe zu Sitzungen einberufen werden; wird dem nicht entsprochen, so kann sie die Sitzungen selbst anberaumen und die Verhandlungen leiten.

§ 33. Die Aufsichtsbehörde entscheidet, unbeschadet der Rechte Dritter und soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt, bei Streit über Rechte und Pflichten der Organe und ihrer Mitglieder, über die Auslegung der Satzung und über die Gültigkeit der Wahlen.

§ 34. Der Aufsicht unterstehen auch die vom Versicherungsträger errichteten oder unterhaltenen Genesungsheime, Heil- und Pflegeanstalten.

und § 377)[1]; namentlich das Verhältnis zwischen Kassen einesteils Aerzten, Zahnärzten, Apothekern, Drogisten, wie den Hilfspersonen aller Art anderseits, wie die § 122, 123, 258, 368 u. ff.[1]) festlegen,

---

Die Aufsichtsbehörde kann zu ihren Besichtigungen Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten zuziehen."

[1]) Die betreffenden Paragraphen lauten:

„§ 122. Die örtliche Behandlung im Sinne dieses Gesetzes wird durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten auch durch approbierte Zahnärzte (§ 29 der Gewerbeordnung) geleistet. Sie umfaßt Hilfeleistung anderer Personen, wie Bader, Hebammen, Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseure u. dgl. sowie Zahntechniker, nur dann, wenn der Arzt (Zahnarzt) sie anordnet oder wenn in dringenden Fällen kein approbierter Arzt (Zahnarzt) zugezogen werden kann.

Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, wieweit auch sonst Hilfspersonen innerhalb der staatlich anerkannten Befugnisse selbständige Hilfe leisten können.

§ 123. Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß von Mund- und Kieferkrankheiten kann die Behandlung außer durch Zahnärzte mit Zustimmung des Versicherten auch durch Zahntechniker gewährt werden. Die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt, wieweit auch sonst Zahntechniker bei solchen Krankheiten selbständige Hilfe leisten können. Sie kann bestimmen, wieweit dies auch Heildiener und Heilgehilfen tun können. Sie bestimmt ferner, wer als Zahntechniker im Sinne dieses Gesetzes anzusehen ist.

§ 258. Entsteht zwischen Krankenkassen Streit darüber, welcher von ihnen Betriebe oder Betriebsteile angehören, so entscheidet das Versicherungsamt (Beschlußausschuß). Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig.

Das Gleiche gilt, wenn die beteiligten Kassen die Kassenzugehörigkeit ablehnen.

Weist die Entscheidung Betriebe oder Betriebsteile einer anderen Kasse zu, so muß sie auch bestimmen, wann das neue Versicherungsverhältnis in Kraft tritt.

Endgültige Entscheidungen über die Kassenzugehörigkeit sind für alle Behörden und Gerichte bindend.

§ 368. Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Aerzten werden durch schriftlichen Vertrag geregelt; die Bezahlung anderer Aerzte kann die Kasse, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen.

§ 369. Soweit es die Kasse nicht erheblich mehr belastet, soll sie ihren Mitgliedern die Auswahl zwischen mindestens zwei Aerzten freilassen. Wenn der Versicherte die Mehrkosten selbst übernimmt, steht ihm die Auswahl unter den von der Kasse bestellten Aerzten frei. Die Satzung kann jedoch bestimmen, daß der Behandelte während desselben Versicherungsfalls oder Geschäftsjahrs den Arzt nur mit Zustimmung der Vorstandes wechseln darf.

§ 370. Wird bei einer Krankenkasse die ärztliche Versorgung dadurch ernstlich gefährdet, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Aerzten schließen kann, oder daß die Aerzte den Vertrag nicht einhalten, so ermächtigt das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) die Kasse auf ihren Antrag widerruflich, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrags ihres gesetzlichen Krankengeldes zu gewährhen.

Das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) kann zugleich bestimmen,

1. wie der Zustand dessen, der die Leistungen erhalten soll, anders als durch ärztliche Bescheinigungen nachgewiesen werden darf,
2. daß die Kasse ihre Leistungen so lange einstellen oder zurückbehalten darf, bis ein ausreichender Nachweis erbracht ist,
3. daß die Leistungspflicht der Kasse erlischt, wenn binnen einem Jahre nach Fälligkeit des Anspruchs kein ausreichender Nachweis erbracht ist,
4. daß die Kasse diejenigen, denen sie ärztliche Behandlung zu gewähren hat, in ein Krankenhaus verweisen darf, auch wenn die Voraussetzungen des § 184 Abs. 3 nicht vorliegen.

Gegen den Beschluß des Oberversicherungsamts (Abs. 1, 2) hat der Kassenvorstand die Beschwerde bei der obersten Verwaltungsbehörde.

wird wiederholt Gutachten des beamteten Arztes auslösen. Die Einrichtung und der Fortbestand der Landkrankenkassen hängt

§ 371. Die Satzung kann den Vorstand ermächtigen, die Krankenhausbehandlung nur durch bestimmte Krankenhäuser zu gewähren und, wo die Kasse Krankenhausbehandlung zu gewähren hat, die Bezahlung anderer Krankenhäuser, von dringenden Fällen abgesehen, abzulehnen.

Dabei dürfen Krankenhäuser, die lediglich zu wohltätigen oder gemeinnützigen Zwecken bestimmt oder von öffentlichen Verbänden oder Körperschaften errichtet und die bereit sind, die Krankenhauspflege zu den gleichen Bedingungen wie die im Abs. 1 bezeichneten Krankenhäuser zu leisten, nur aus einem wichtigen Grunde mit Zustimmung des Oberversicherungsamts ausgeschlossen werden.

§ 372. Genügt bei einer Krankenkasse die ärztliche Behandlung oder Krankenhauspflege nicht den berechtigten Anforderungen der Erkrankten, so kann, vorbehaltlich des § 370, das Oberversicherungsamt nach Anhören der Kasse jederzeit anordnen, daß diese Leistungen noch durch andere Aerzte oder Krankenhäuser zu gewähren sind.

Diese Anordnung soll nur auf so lange getroffen werden, wie es ihr Zweck fordert, und bedarf, wenn sie über ein Jahr gelten soll, der Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde.

§ 373. Wird die Anordnung nicht binnen der gesetzten Frist befolgt, so kann das Oberversicherungsamt selbst das Erforderliche auf Kosten der Kasse veranlassen. Verträge, welche die Kasse mit Aerzten oder Krankenhäusern bereits geschlossen hat, bleiben unberührt.

Die Kasse hat gegen diese Anordnungen und Maßnahmen binnen einer Woche die Beschwerde bei der obersten Verwaltungsbehörde.

§ 374. Für die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Zahnärzten gelten die §§ 368, 372, 373 entsprechend.

§ 375. Die Satzung kann den Vorstand ermächtigen, innerhalb des Kassenbereichs oder mit Genehmigung des Versicherungsamts darüber hinaus wegen Lieferung der Arznei mit einzelnen Apothekenbesitzern oder -verwaltern oder, soweit es sich um die dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel handelt, auch mit anderen Personen, die solche feilhalten, Vorzugsbedingungen zu vereinbaren. Alle Apothekenbesitzer und -verwalter im Bereiche der Kasse können solchen Vereinbarungen beitreten. Der Vorstand kann dann, von dringenden Fällen abgesehen und vorbehaltlich des § 76 Abs. 3, die Bezahlung der von anderer Seite gelieferten Arznei ablehnen.

Genügt die Arzneiversorgung, die eine Kasse gewährt, nicht den berechtigten Anforderungen der Erkrankten, so gelten die §§ 372, 373 entsprechend.

§ 376. Die Apotheken haben den Krankenkassen für die Arzneien einen Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe zu gewähren. Die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt seine Höhe; sie kann ihn für die einzelnen Apotheken davon abhängig machen, daß die Kasse aus ihnen mindestens zu einem bestimmten Betrage bezieht.

Die höhere Verwaltungsbehörde setzt unter Rücksicht auf die örtlichen Verhältnisse und die im Handverkauf üblichen Preise die Höchstpreise von solchen einfachen Arzneimitteln fest, welche sonst ohne ärztliche Verschreibung (im Handverkauf) abgegeben zu werden pflegen. Diese Höchstpreise dürfen einen Betrag nicht überschreiten, der sich nach Abs. 1 ergibt. Die oberste Verwaltungsbehörde kann näheres anordnen.

Beziehen die Berechtigten die im Abs. 2 bezeichneten Arzneimittel zu einem Preise, der die Festsetzung nicht übersteigt, aus einer Apotheke, so kann die höhere Verwaltungsbehörde anordnen, daß die Kasse die Bezahlung nicht deshalb ablehnen darf, weil sie nach § 375 mit Personen, die nicht Apothekenbesitzer oder -verwalter sind, niedrigere Preise vereinbart hat.

§ 377. Die Aufsicht über die Krankenkassen führt, vorbehaltlich der §§ 372 bis 375, das Versicherungsamt. Sie erstreckt sich auch auf die Beobachtung der Dienst- und Krankenordnung.

Wird die Beschwerde gegen eine Anordnung des Versicherungsamts darauf gestützt, daß die Anordnung rechtlich nicht begründet sei und den Beschwerdeführer in einem Rechte verletze oder mit einer rechtlich nicht be-

vom Bedürfnis ab (§ 229 u. § 269 [1]) und unterliegt dem Beschlußausschuß des Versicherungsamtes, das den beamteten Arzt hören wird.

Die Haupttätigkeit des beamteten Arztes wird aber bei Errichtung der Satzungen in Frage kommen:

„§ 320. Für jede Krankenkasse ist, bevor sie ins Leben tritt, eine Satzung zu errichten.

Sie wird errichtet für

Orts- und Landkrankenkassen von dem Gemeindeverband nach Anhören beteiligter Arbeitgeber und Versicherter,

Betriebskrankenkassen von dem Arbeitgeber oder seinem Vertreter nach Anhören von Beschäftigten,

Innungskrankenkassen von der Innungsversammlung unter Beteiligung des Gesellenausschusses nach § 95 der Gewerbeordnung.

Wird eine Kasse nicht in der endgültig angeordneten Frist errichtet (§ 283 Abs. 2, § 249 Abs. 4), so errichtet für sie das Versicherungsamt die Satzung."

Hier ist also zu erwähnen, daß nicht die Kasse über die Höhe ihrer Kassenleistung entscheidet, sondern bei Orts- und Landkrankenkassen der Gemeindeverband, also der Distrikt oder Bezirk. In den meisten Bundesstaaten gehört der Verwaltungsarzt zu den beratenden Organen der Distrikts- oder Bezirksvertretung; in einzelnen Bundesstaaten, z. B. in Bayern, ist der Bezirksarzt in gewissen Angelegenheiten stimmberechtigt. Dazu kommt noch der Umstand, daß der Verwaltungsarzt die Folgen der aus der Satzung sich ergebenden Leistungen in wirtschaftlicher, hygienischer, therapeutischer Beziehung wohl am besten beherrscht, daß er also wahrer Sachverständiger in dieser Angelegenheit ist. Kein vorsichtiger Gemeindeverband wird seine Satzung ohne Zuziehung des Amtsarztes errichten.

Um nun die Satzungsleistungen der Krankenkassen übersichtlich zu gestalten, ist es notwendig, die Kassenleistungen zu schematisieren: (Siehe Tabelle auf folgender Seite.)

Wir haben, wie Sie aus dem nebenstehenden Schema entnehmen, 4 Arten der Krankenkassenleistungen: die Krankenhilfe, die Wochenhilfe, das Sterbegeld und die Familienhilfe. Die Krankenpflege ist eine Unterabteilung der Krankenhilfe. Das Schema, glaube ich, ist genügend durchsichtig, um die Besprechung unterlassen zu können.

Die rechtlichen Grundlagen der Krankenkassenleistungen können dreifach sein. Es bestimmt das Gesetz die Höhe der

---

gründeten Verbindlichkeit belaste, so entscheidet darüber das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer).

Bei Betriebskrankenkassen für Reichs- oder Staatsbetriebe kann die oberste Verwaltungsbehörde Aufgaben des Versicherungsamts, die nicht der Spruchausschuß wahrzunehmen hat, anderen Behörden übertragen.

§ 229. Die Errichtung einer Landkrankenkasse neben der allgemeinen Ortskrankenkasse kann mit Genehmigung des Oberversicherungsamts unterbleiben, wo das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) nach Anhören beteiligter Arbeitgeber und Versicherungspflichtiger das Bedürfnis verneint.

§ 269. Eine besondere Ortskrankenkasse kann auf Beschluß ihres Ausschusses aufgelöst werden.

Sie wird geschlossen, wenn

1. sie nicht den Anforderungen der §§ 240 bis 242 entspricht,
2. sie nach § 267 Nr. 2 leistungsunfähig wird,
3. sich herausstellt, daß sie nicht hätte zugelassen werden dürfen.

Schema der Krankenkassenleistungen.

Die fettgedruckten sind Zwangsleistungen, die mittels Kursivdrucks gekennzeichneten sind Satzungsleistungen, die übrigen können von der Kasse ohne Satzungsbestimmungen geleistet werden.

A. Krankenhilfe			B. Wochenhilfe	C. Sterbegeld	D. *Familienhilfe*
einfache		erweiterte			
Krankenpflege	Krankengeld				
Arzt (§§ 122, 123. 182, 368, 369, 370).	**Einfaches Krankengeld** (§§ 182 Abs. 1, 436, 482).	**Krankenhauspflege** (§§ 184, 371, 372, 435, 437, 438). **Einfaches Hausgeld** (§§ 186, 424. 432, 573, 600, 1271).	**Wöchnerinnengeld** (§ 195).	**Einfaches** (§ 201).	*Krankenpflege,* *Wochenhilfe,* *Sterbegeld an Angehörige des Kassenmitgliedes* (§ 205).
Medikamente (§§ 182 Abs. 1, 375, 376).	*Erweitertes Krankengeld* (§§ 191 und 193 Abs. 3).	*Erweitertes Hausgeld* (§ 194). **Ambulante Krankenpflege** (§§ 185, 599).	**Pflege in Wöchnerinnenheimen** (§ 196). **Hauspflege** (§ 196).	*Erweitertes* (§ 204).	
Kleinere Heilmittel (§§ 182 Abs. 1 und 193 Abs. 1).	*Gekürztes Krankengeld* (§§ 183—192, 424 und 484).	*Krankenhilfe auf 1 Jahr* (§ 187 Abs. 1). *Grössere Heilmittel, Krankenkost* (§ 193 Abs. 2). *Hilfsmittel gegen Verkrüppelung* (§ 187 Abs. 3). *Aufnahme in ein Genesungsheim* (§ 183 Abs. 2). **Sachleistung an Trunksüchtige** (§§ 120 u. 121).	*Schwangerengeld* (§ 199). *Arzt und Hebamme* (§§ 198 und 199). *Stillgeld* (§ 200).		

Die Krankenhilfe und Wochenhilfe ruhen § 216; Krankenhilfe dauert fort nach dem Ausscheiden § 214.

Leistung, was durch Fettdruck ausgedrückt ist; es bestimmt die Satzung die Leistung, was durch Kursivdruck kenntlich gemacht ist, und es ist von dem Ermessen der Kassenverwaltung abhängig, was durch gewöhnlichen Druck gegeben wurde.

Wir nehmen nun die rechtliche Grundlage zum Ausgangspunkt unseres Referates und erwähnen hier nur das, was den beamteten Arzte berührt.

I. Die gesetzlichen Zwangsleistungen.

Hier sind hauptsächlich 2 Leistungen zu besprechen: die Krankenhauspflege und das Wöchnerinnengeld.

a. Die Krankenhauspflege.

§ 184 lautet:

„An Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes kann die Kasse Kur und Verpflegung in einem Krankenhause (Krankenhauspflege) gewähren. Hat der Kranke einen eigenen Haushalt oder ist er Mitglied des Haushaltes seiner Familie, so bedarf es seiner Zustimmung.

Bei einem Minderjährigen über sechszehn Jahre genügt seine Zustimmung.[1])

Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn

1. die Art der Krankheit eine Behandlung oder Pflege verlangt, die in der Familie des Erkrankten nicht möglich ist,
2. die Krankheit ansteckend ist,
3. der Erkrankte wiederholt der Krankenordnung (§ 437) oder den Anordnungen des behandelnden Arztes zuwidergehandelt hat,
4. sein Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

In den Fällen des Abs. 3, Nr. 1, 2, 4 soll die Kasse möglichst Krankenhauspflege gewähren . . . .“

Bei den Landkrankenkassen sind §§ 426—430 einschlägig, die die Krankenhauspflege etwas abändern.[2])

Aus diesen gesetzlichen Bestimmungen geht hervor, daß die

---

[1]) Nach konstanter Entscheidung des Reichsgerichts bedarf es zur Vornahme von Operationen an Minderjährigen der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Es wird sich zeigen, ob das Reichsgericht im Falle der R. V. O. eine Aenderung seiner Ansicht eintreten läßt; namentlich im Hinblick auf § 606, der bei Nichtbefolgung der Anordnung Entzug der Rente vorsieht.

[2]) Die betreffenden Paragraphen lauten:

„§ 426. Die oberste Verwaltungsbehörde kann für das Gebiet des Bundesstaats oder Teile davon den Landkrankenkassen gestatten, durch die Satzung für arbeitsunfähig Erkrankte erweiterte Krankenpflege (§ 429) einzuführen.

§ 427. Die Satzung darf dies nur gewähren, wenn im Bezirke der Landkrankenkasse

1. sonst die Leistungsfähigkeit der in der Landwirtschaft Beschäftigten oder ihrer Arbeitgeber beeinträchtigt werden würde, und
2. eine ausreichende Zahl von Krankenhäusern und ähnlichen Heilanstalten die Durchführung der erweiterten Krankenpflege sichert.

§ 428. Die Bestimmung bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts, jedoch in Bezirken, in denen die in der Landwirtschaft Beschäftigten bereits nach den allgemeinen Vorschriften dieses Buches oder nach dem Krankenversicherungsgesetze versichert sind, derjenigen der obersten Verwaltungsbehörde.

§ 429. Als erweiterte Krankenpflege wird statt der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhause oder einer ähnlichen Heilanstalt gewährt. Diese Leistung gilt als Regelleistung.

§ 430. Der arbeitsunfähig Erkrankte braucht nicht in eine Heilanstalt gebracht zu werden, wenn es nach ärztlichem Gutachten die Heilung nicht fördern würde.

Wenn der arbeitsunfähig Erkrankte ohne sein Verschulden in keine

Krankenhausbehandlung in Zukunft eine vermehrte sein wird, besonders wenn wir noch in Erwägung ziehen, daß der Kreis der Versicherten stark erweitert wurde. Es sei betont, daß die zwangsweise Ueberführung nach § 184 nur bei arbeitsunfähigen Kranken geschehen darf und nicht bei bloßer Gefahr einer Ansteckung.

Für den beamteten Arzt ergeben sich aus den Bestimmungen zwei Folgerungen: a. die Behandlung der Infektionskrankheiten wird eine viel wirksamere sein, da wir gerade diejenigen Bevölkerungskreise, die den ansteckenden Krankheiten am meisten ausgesetzt sind, dem Krankenhaus überweisen können und dadurch eine Unmenge Infektionsstoff aus dem Umsatz ausschalten können, und b. die erhöhte Anspruchnahme der Krankenhäuser bedingt vermehrten Krankenhausbau.

Was eine ansteckende Krankheit im Sinne des § 184 der Reichsversicherungsordnung ist, ist nicht so einfach. Zweifellos hat der Gesetzgeber nicht jene Infektionskrankheiten gemeint, die klinisch leicht verlaufen, wie Grippe, Influenza leichteren Grades, leichte Wundinfektionskrankheiten. Aber er hat auch nicht jene treffen wollen, deren Ansteckung gewisse, im Leben nur selten vorhandene Bedingungen voraussetzt; z. B. kruppöse Pneumonie, Polyarthritis rheumatica, geschlossene Tuberkulose, gewisse Arten von Wundinfektionskrankheiten, auch Febris puerperalis usw. Die Ueberweisung solcher „ansteckenden" Krankheiten könnte bei strenger Durchführung den Ruin der Krankenkasse herbeiführen. Ich erinnere nur an die Tatsache, daß Tuberkulöse, selbst solche, die virulente Keime absetzen, noch Jahre lang arbeitsfähig sind.

Die Tatsache, daß Krankenhauspflege nur an Stelle von Krankenpflege und Krankengeld treten darf, beweist, daß bei kurzdauernden ansteckenden Krankheiten, bei denen wegen der Kürze der Erkrankung Krankengeld nicht gewährt wird, Krankenhauseinweisung nicht zwangsmäßig stattfinden darf.

Der Begriff „ansteckend" ist also beschränkt. Auch arbeitsfähige Gonorrhoiker etc. können nicht zwangsweise eingewiesen werden. Das ist Sache der politischen Behörde.

Die Frage, ob die vorhandenen Krankenbetten dem Andrang genügen werden, sollte bei Zeiten von den beamteten Aerzten in Angriff genommen werden. Wir in Bayern rechnen auf 100 Kassenmitglieder 40 % Erkrankungsfälle im Jahr. Von den Kassenmitgliedern dürften 20 % dem Krankenhaus zugeführt werden und je 14—18 Tage dort verbleiben. Die Spannung zwischen der höchsten und niedrigsten Belegziffer ist bei größeren Krankenhäusern 1 : 2,5, bei kleineren 1 : 3,5—4,0. Genügen die vorhandenen Krankenbetten voraussichtlich nicht, so müssen wir den Vollzug des Gesetzes dadurch ermöglichen, daß wir rechtzeitig die Bettenvermehrung beantragen.

Heilanstalt gebracht wird, so hat die Landkrankenkasse die gesetzliche Krankenhilfe zu gewähren. Die Satzung kann bestimmen, daß unter den Voraussetzungen der §§ 420, 421 das Krankengeld ganz oder teilweise nicht ausgezahlt, sondern auf die demnächst fälligen Beiträge für die Versicherten verrechnet wird."

Es taucht weiter die Frage auf: Wer soll die **Krankenhäuser** bauen: Die Krankenkassen oder die politischen Gemeinden? Bei großen Krankenkassen mag es unter Umständen zweckmäßig sein, wenn diese die Gründung von Spezialanstalten in die Hand nehmen; den Bau der eigentlichen Krankenhäuser sollte man aber den politischen Gemeinden zuweisen. Die Erbauung eines Krankenhauses ist wirtschaftlich ein schlechtes Geschäft; man muß auf das Bett einen Bauverlust von 2000—8000 Mark rechnen; die Krankenkassen würden deshalb durch Errichtung von Krankenhäusern so sehr belastet, daß sie ihren übrigen Aufgaben nur noch mangelhaft nachkommen könnten. Die Kassenkrankenhäuser werden von den Nichtkrankenkassenmitgliedern nur selten oder gar nicht benutzt, verlieren dadurch für die öffentliche Hygiene an Wert und verhindern nicht die Erbauung allgemeiner Krankenhäuser. Die Kassenkrankenhäuser scheiden die Kranken nach der Gesellschaftsordnung stark aus und tragen dadurch nicht bei zur Ueberbrückung der sozialen Gegensätze, wirken also der Absicht des Gesetzgebers entgegen. Da, wo Kassenkrankenhäuser von den Kassen erbaut werden sollen, ist ungesättigter Machthunger das gewöhnlichste Motiv; da, wo die Gemeinden die Erbauung der Kassenkrankenhäuser befürworten, ist es lediglich der Ausdruck mangelhafter Durchführung der den Gemeinden obliegenden Fürsorge für die öffentliche Hygiene.

Der Verwaltungsarzt wird daher gut tun, dieser Seitenströmung der Reichsversicherungsordnung von Anfang an das Wasser abzugraben.

b. Das Wöchnerinnengeld.

Der § 195 [1]) setzt das Wöchnerinnengeld als eine gesetzliche Zwangsleistung fest. Das Wöchnerinnengeld schwankt nach der Zugehörigkeit zu den Kassen. Ortskrankenkassen-Wöchnerinnen haben längere Zeit das Wöchnerinnengeld als die Mitglieder der Landkrankenkassen. Vor allem aber interessiert uns der Begriff „Wöchnerin". Er setzt eine Frucht voraus, die infolge der Länge ihres Fötallebens das Leben außerhalb des Tragapparates fortsetzen **könnte**. Ob das Kind lebt oder tot ist, hat keinen Einfluß auf die „Wöchnerin". Als die Zeit der Lebensmöglichkeit wird der vollendete sechste Monat anzunehmen sein. Zwar ist die Mehrheit der Gerichtsärzte für den vollendeten siebenten Monat, aber es gibt auch angesehene Aerzte, die den sechsten Fötalmonat annehmen; dann ist der Mann nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (§ 1717 Abs. 2 des B.G.B., 181. bis 302. Tag) nach dem sechsten Fruchtmonat der gesetzmäßige Vater für das in Frage stehende Kind, und wo ein Vater ist, muß auch eine Mutter und somit eine

---

[1]) § 195 besagt:

„Wöchnerinnen, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind, erhalten ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes für 8 Wochen, von denen mindestes sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen."

Wöchnerin sein; endlich nimmt der § 195 als Wartezeit vor der Niederkunft mindestens sechs Monate an.

Die Wochen können aber mit einer Krankheit konkurrieren, sie können von einer Krankheit veranlaßt sein. Wenn sich pathologische Gründe ergeben, welche die Geburt vor dem normalen Ende der Schwangerschaft veranlaßten, so haben wir dies dem Verwaltungsbeamten eingehend zu begutachten; denn er fragt sich dann, ob die Mutter als „Kranke" oder als „Wöchnerin" zu behandeln ist. Es scheint, daß das Gesetz der Wöchnerin den Vorzug geben will, da Abs. 3 des § 195 lautet: „Neben Wochengeld wird Krankengeld nicht gewährt."

Noch eingehender werden wir uns auslassen müssen, wenn eine Krankheit zum normalen Wochenbett hinzukommt, worüber sich die R. V. O. sonderbarerweise völlig ausschweigt. Auch in der Bewertung der ärztlichen Geburtshilfe ist eine Verschlechterung eingetreten. Bisher haben geburtshilfliche Operationen von vornherein die Annahme ausgelöst, daß eine Krankheit vorlag; es wurde deshalb die geburtshilfliche Operation als eine Leistung für einen Krankheitszustand stets honoriert, in Zukunft soll die geburtshilfliche ärztliche Heilkunde als eine Leistung für normale Zustände den Hebammendiensten gleichgestellt und von der Satzungsbestimmung abhängig sein (§ 198)[1]).

Auch sonst findet man manche tiefe Lücke im Gesetz, z. B. im § 183[2]), der das Krankengeld festsetzt. Hier wird für das krankheitsfreie Intervallum keine Vorkehrung getroffen, obwohl doch die Rechtsprechung in den verschiedenen Bundesstaaten gerade hierin verschieden ist, manchmal zum Schaden des Versicherten. Die Durchführung des Begriffs „Wöchnerin" im Einzelfall wird auf Schwierigkeiten stoßen, da uns als Unterlage in der Regel bloß die Angaben der Hebammen zur Verfügung stehen. Wir werden also infolge der R. V. O. auch unsere Hebammen eingehender über Symptome der Dauer des Fötallebens der Früchte zu belehren haben.

II. Die Ermessensleistungen.

Hier ist die **ambulante Krankenpflege** einschlägig, die eine größere Anzahl Berufskrankenpflegerinnen bringen wird. Auch hier empfiehlt es sich, daß der Verwaltungsarzt sich rechtzeitig um die Ausbildung und Niederlassung geeigneter Personen umtut, und auch hier wäre es nicht wünschenswert für die Allgemeinhygiene, wenn die Krankenkassen Berufspflegerinnen für sich auf-

---

[1]) § 198: „Die Satzung kann versicherungspflichtigen Ehefrauen oder allen weiblichen Versicherungspflichtigen unter der Voraussetzung des § 195 Abs. 1 Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe, die bei der Niederkunft erforderlich werden, zubilligen."

[2]) § 183: „Die Krankenhilfe endet spätestens mit Ablauf der sechsundzwanzigsten Woche nach Beginn der Krankheit, wird jedoch Krankengeld erst von einem späteren Tage an bezogen, nach diesem. Fällt in den Krankengeldbezug eine Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, so wird diese Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezugs bis zu dreizehn Wochen nicht angerechnet."

stellen würden. Die sanitäre und hygienische Bedeutung der Krankenpflege scheint nicht von allen Bundesstaaten genügend erfaßt zu sein. Es gibt Bundesstaaten, welche sich um die Berufspflegerinnen bisher gar nicht kümmerten. Ueberhaupt wird die R. V. O. die Bundesstaaten zwingen, den Heilhilfspersonen größere Aufmerksamkeit zu schenken.

III. Die Satzungsleistungen.

Den Satzungsleistungen hat das Gesetz einen großen Spielraum eingeräumt, wie wir aus dem Schema entnehmen können, und eine große Bewegungsbreite in der einzelnen Leistung, besonders bei den Landkrankenkassen. Man hat dies als einen Fehler der R. V. O. bezeichnet. Mit Unrecht! Die wirtschaftliche und kulturelle Differenz besonders der Landgemeinden in Deutschland ist so groß, daß eine zielbewußte, auf der Tatsächlichkeit sich aufbauende Gesetzgebung diese nicht vernachlässigen durfte. Die den Arbeitnehmern aus den Kassen geleisteten Wohlfahrtseinrichtungen dürfen nicht größer sein, als die Fürsorge, die ein Bürger des gleichen Kassenbezirks im Durchschnitt sich leisten kann. Nun haben wir aber in Deutschland noch immer Gegenden, namentlich agrarische, in denen der Besitzende nur mit größter Entbehrung sich durchschlagen kann. Die Krankenkassenleistungen müssen daher den örtlichen Verhältnissen stark angepaßt sein, und wir Verwaltungsärzte werden bei der Beratung der Satzungen diesem Grundsatze Rechnung tragen müssen.

Dazu kommt, daß die Landkrankenkassen neu sind und das versicherungstechnisch schlechteste Menschenmaterial umfassen. Den Landkrankenkassen gehören nämlich an: die landwirtschaftlich Beschäftigten, die Dienstboten, die unständig Beschäftigten, die im Wandergewerbe und die im Hausgewerbe Beschäftigten und die Lehrlinge. Von den Versicherungsanstalten mit größtenteils agrarischer Grundlage wissen wir, daß sie mangelhaft gedeihen, weil Leute mit reduzierter Gesundheit sich noch der Landwirtschaft widmen können, die in der Industrie unbrauchbar sind, und weil dann diese Leute erhöhte Kranke und Invalide liefern. Dazu kommt der starke Maschinengebrauch mit ungeschulten Personen und daher erhöhte Verletzungsgefahr.

Bei den Haus- und Wandergewerbetreibenden kommt die Schwierigkeit der Ueberwachung in der An- und Abmeldung, in Krankheitsfällen hinzu, obwohl ja gerade die Hausindustrie ohnehin schon geringwertiges Menschenmaterial zu beschäftigen pflegt. Die unständig Beschäftigten haben von jeher jede Kasse stark mitgenommen. Dazu kommt, daß gerade bei ihnen die Anwendung des § 214[1] eine gehäufte sein wird. Dieser Paragraph schreibt nämlich vor, daß unter Umständen der aus der Kasse Austretende Mitglied bleibt, ohne daß er Kassenbeiträge leistet.

---

[1]) § 214 lautet: „Scheiden Versicherte wegen Erwerbslosigkeit aus, die in den vorangegenen zwölf Monaten mindestens sechsundzwanzig Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert waren, so verbleibt ihnen der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, wenn der Versicherungsfall während der Erwerbslosigkeit und binnen drei Wochen nach dem Aus-

Es ist gar kein Zweifel, daß die Landkrankenkassen finanziell schlechter abschneiden, als die Ortskrankenkassen und daß daher gerade bei Landkrankenkassen die Satzungsleistungen anfangs vorsichtig aufgestellt werden müssen. Da werden wir z. B. in Gegenden, wo ohnehin viel gestillt wird, das Stillgeld nicht empfehlen, oder in Gegenden, in denen die Wöchnerin des Mittelstandes sich nicht länger als 6 Wochen schont, keine Verlängerung des Wöchnerinnengeldes beantragen; wir werden auch anfangs die Lieferung größerer Heilmittel, z. B. über 20 M., nicht empfehlen; denn viele der Landkrankenkassenmitglieder werden sich erst daran gewöhnen müssen, daß die Krankenkasse mit ihren Geldmitteln auch beschränkt ist. Wir müssen die Versicherten sich erst einarbeiten lassen, wie dies ja auch in den bisherigen Kassen nötig war.

IV. Einfluss auf das medizinische Hilfspersonal.

Die Apotheken müssen Gehilfen wie Lehrlinge in die Krankenkassen, in die Invalidenversicherung und in die Unfallberufsgenossenschaft aufnehmen lassen. Das Personal der Leichenbestattung gehört in die Landkrankenkasse.

Von großer Wichtigkeit für die öffentliche Hygiene kann der § 176 Ziff. 3 [1]) werden. Demgemäß können Gewerbetreibende, die in ihren Betrieben keinen oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, der Versicherung freiwillig beitreten, wenn nicht ihr jährliches Einkommen zweitausendfünfhundert Mark übersteigt. Bisher war die Rechtslage so, daß die Satzungen solchen Personen den Eintritt gewähren konnten oder auch nicht. In Zukunft müssen die Kassen die Freiwillig-Versicherungsnehmer aufnehmen, sie können aber den Eintritt von einer Altersgrenze und der Vorlage eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen (§ 176 Abs. 3). Diese einschränkende Bestimmung in bezug auf die freiwillige Versicherung wird ebenfalls zu Differenzen Veranlassung geben, über die der Beschlußausschuß (§ 1789)[1]) zu

---

scheiden eintritt. Die Kasse hat dem Berechtigten auf Antrag seinen Anspruch auf diese Leistungen zu bescheinigen.

Sterbegeld wird auch nach Ablauf der drei Wochen gewährt, wenn die Krankenhilfe bis zum Tode geleistet worden ist.

Der Anspruch fällt weg, wenn der Erwerbslose sich im Ausland aufhält und die Satzung nichts anderes bestimmt."

[1]) § 176 lautet:

„1. Versicherungsfreie Beschäftigte der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art,
2. Familienangehörige des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgeld in seinem Betriebe tätig sind.
3. Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen,

können der Versicherung freiwillig beitreten, wenn nicht ihr jährliches Gesamteinkommen zweitausendfünfhundert Mark übersteigt.

Der Bundesrat bestimmt, wieweit unter der gleichen Voraussetzung Personen, die nach § 168 versicherungsfrei sind, der Versicherung freiwillig beitreten können.

Die Satzung der Krankenkasse kann das Recht zum Beitritt von einer bestimmten Altersgrenze und von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen. Die Festsetzung der Altersgrenze bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts."

entscheiden hat; sie werden also dem beamteten Arzt zur Begutachtung anheimfallen. Die zur freiwilligen Krankenversicherung berechtigten Personen können sich auch gegen Invalidität versichern (§ 1243[2])).

In diese Kategorie von Gewerbetreibenden fällt die weitaus größte Zahl der unteren Medizinalpersonen. Wenn nun die Aufsichtsbehörden auf ihre unteren Medizinalpersonen einen Druck ausüben würden und aus beruflichen Gründen die Aufnahme der Hebammen, Bader, Berufspflegerinnen, Masseure und dergleichen in Kassen und Invaliditätsversicherung erzwingen würden, so könnte der Verwaltungsarzt manche niedere Medizinalperson ausschalten, die jetzt noch zum Schaden und zur Gefahr des Ganzen der kranken Menschheit ihre Hilfe anbietet.

V. Die Beschlusskammern der Oberversicherungsämter, die Beschlusssenate der Landesversicherungsämter und das Reichsversicherungsamt

haben keinen ärztlichen Beirat. Wenn man die gesetzlichen Bestimmungen für die Versicherungsoberbehörden durchgeht, so findet man, daß namentlich die Oberversicherungsämter sehr viel mit der Verwaltung zu tun haben und daß auch hier wiederholt ärztliche Gutachten eingezogen werden müssen. Es wird sich daher auch hier das Bedürfnis nach einer Art Amtsarzt herausstellen.

Sie sehen also, daß den beamteten Arzt auf dem Gebiete des Beschlußverfahrens ein Feld reicher Tätigkeit erwartet, und daß dieser Mehrarbeit wohl von keinem Bundesstaat eine Mehrbesoldung entgegengestellt werden wird. Deshalb dürfte es wohl billig sein und es wird die Ansprüche der Kollegen der Individualtherapie kaum beeinträchtigen, wenn die beamteten Aerzte sich der Hoffnung hingeben, daß ihnen auch die Begutachtung im Spruchverfahren übertragen wird. Die Tätigkeit im Spruchverfahren kann nämlich nach dem Wortlaute der gesetzlichen Bestimmungen der Bundesstaat nicht als Offizialaufgabe der beamteten Aerzte erklären; die beamteten Aerzte müssen daher, wenn sie zum Spruchverfahren zugezogen werden, ebenso entlohnt werden, als die praktischen Aerzte. Bei der Auswahl der Sachverständigen haben nach § 1686[3]) die Aerztevertretungen das Recht,

[1]) § 1789: „Für Ausschluß und Ablehnung von Personen, für die Klarstellung des Sachverhalts sowie für die Beweiserhebung gelten die gleichen Vorschriften wie für das Spruchverfahren.“

[2]) § 1243 lautet:

„Zum freiwilligen Eintritt in die Versicherung (Selbstversicherung) sind bis zum vollendeten vierzigsten Lebensjahre berechtigt

1. die im § 1226 unter Nr. 2 bis 5 Bezeichneten und Schiffer, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst mehr als zweitausend Mark, aber nicht über dreitausend Mark beträgt,
2. Gewerbtreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen, sowie Hausgewerbetreibende,
3. Personen, die nach den §§ 1227, 1232 versicherungsfrei sind.

Die Berechtigten können die Selbstversicherung beim Ausscheiden aus dem Verhältnis, das die Berechtigung begründet hat, fortsetzen oder später nach § 1283 erneuern.“

[3]) § 1686 lautet: „Das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer)

daß man sie bei der Aufstellung der Sachverständigen für das Ober-Versicherungsamt anhört, dagegen haben sie kein Recht auf Gehörtwerden bei der Wahl der Sachverständigen durch das Versicherungsamt. Nach Art. 98 des Einführungsgesetzes[1]) bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde die Zeit, zu welcher die neuen Sachverständigen am Ober-Versicherungsamt ihre Tätigkeit beginnen; bis dorthin fungieren die bisher gewählten Aerzte fort.

Der behandelnde Arzt oder der von dem Versicherungsnehmer benannte Arzt muß gehört werden, wenn der Versicherungsnehmer die Kosten trägt.

Wenden wir uns nun noch mit einigen Worten der

VI. Unfallversicherung

zu. Das Gesetz kennt eine Teilung in gewerbliche und landwirtschaftliche Unfälle.

Gewerbliche Unfälle:

Nach § 546[2]) sind häusliche und andere Dienste der Unfallversicherten, die im Auftrage des Unternehmers vollzogen werden, als Berufsarbeit mit Versicherungszwang anzusehen. Wenn also ein Lehrjunge zur häuslichen Arbeit herangezogen wird und durch die häusliche Arbeit verunglückt, so erhält er Unfallentschädigung.

Der nächste § 547[3]) bestimmt, daß der Bundesrat die Unfallversicherung auf die Berufskrankheiten ausdehnen kann. Wir kennen zwar bei einzelnen Gewerben und Industriebeschäftigungen die besonders hervorstechenden Berufskrankheiten; die Mehrzahl derselben ist der medizinischen Wissenschaft noch eine terra incognita, und den Trägern der medizinischen Wissenschaft, den

---

je für vier Jahre am Schlusse des letzten, in der Regel nach Anhören der zuständigen Aerztevertretung, aus seinem Bezirke die Aerzte aus, die es als Sachverständige nach Bedarf zuzieht. In Sachen der Unfallversicherung dürfen keine Aerzte als Sachverständige zugezogen werden, die in einem Vertragsverhältnisse zu Trägern der Unfallversicherung stehen oder von ihnen regelmäßig als Gutachter in Anspruch genommen werden. Das Entsprechende gilt für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Mindestens zur Hälfte müssen sie am Sitze des Oberversicherungsamts wohnen.

Die Namen der Gewählten sind öffentlich bekannt zu machen.

Den Sachverständigen ist vor Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Akten zu gewähren.

Die oberste Verwaltungsbehörde regelt die Durchführung dieser Vorschrift."

[1]) Art. 98 des Einführungsgesetzes bestimmt: „Die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt, zu welcher Zeit das Oberversicherungsamt zum ersten Male nach § 1686 der Reichsversicherungsordnung aus seinem Bezirke die Aerzte auswählt, die es als Sachverständige nach Bedarf zuziehen will. Bis zu diesem Zeitpunkt werden die bisher gewählten Aerzte als Sachverständige auch zu denjenigen Sachen hinzugezogen, welche nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu beurteilen sind."

[2]) § 546 „Die Versicherung erstreckt sich auf häusliche und andere Dienste, zu denen Versicherte, die hauptsächlich im Betrieb oder bei versicherten Tätigkeiten beschäftigt sind, von dem Unternehmer oder dessen Beauftragten herangezogen werden."

[3]) § 547: „Durch Beschluß des Bundesrats kann die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten ausgedehnt werden. Der Bundesrat ist berechtigt, für die Durchführung besondere Vorschriften zu erlassen."

Aerzten, erst recht. Namentlich liegt die Vergiftungslehre noch darnieder. Macht der Bundesrat von dieser Erlaubnis Gebrauch, so ist es zweifellos, daß wir zum Vollzuge des Gesetzes viel intensiver, als bisher geschehen, mit den gewerblichen Berufskrankheiten uns abgeben müssen; es ist dann vorauszusehen, daß sich um die Definition dieses Begriffes viel größere und intensivere Kämpfe zwischen Juristen und Medizinern abspielen werden, als dies bei der Begriffsentwicklung des Unfalles der Fall war. Aber auch die Tätigkeit des Verwaltungsarztes als solcher wird dadurch stark berührt. Jetzt schon ziehen einzelne Landesgewerbeärzte, denen die Erforschung der Gewerbekrankheiten hauptsächlich zufällt, mit Erlaubnis der einschlägigen Ministerien die Bezirksärzte zu Untersuchungen und statistischen Arbeiten heran. Dies wird, wenn die Gewerbekrankheit als Unfall erklärt wird und dadurch erhöht entschädigungspflichtig ist, in noch größerem Grade der Fall sein. Die Ueberwachung der Gewerbebetriebe wird ebenfalls eine intensivere werden; der amtliche Arzt wird mehr oder minder damit betraut werden. Auch hier würde also die R. V. O. auf die allgemeine Verwaltung und dadurch auf die beamteten Aerzte zurückwirken.

Die Bestimmungen über die Krankenhilfe decken sich oft mit den Vorschriften der Krankenkassen.

Bei den Renten unterscheiden wir in Zukunft Voll-, Teil-, Hilflosen- und Arbeitslosen-Rente (§§ 559—562)[2]. Der letztere Begriff ist meines Wissens gesetzlich neu. Es erhält auch jener Vollrente, der nach einem Unfall unverschuldet keine Arbeit bekommt, obwohl er arbeitsfähig ist.

Der Arzt, welcher sich mit der Begutachtung der Unfälle abgibt, wird die neuen Vorschriften durchstudieren müssen. In den ersten zwei Jahren nach dem Unfalle kann die Rente jederzeit gekürzt werden, nach zwei Jahren nur nach einjähriger Pause. Nach zwei Jahren muß also ein Schlußurteil gefällt werden und ist nur mehr die durch die Zeit bewirkte Veränderung der Unfallfolgen Gegenstand der späteren Begutachtung.

Nach § 727 und § 1384 kann jeder, der ein öffentliches Siegel führt, die zur Abhebung der eingewiesenen Gelder nötigen

---

[2]) Die §§ 559 bis 562 lauten:

„§ 559: Die Rente beträgt, solange der Verletzte infolge des Unfalls

1. völlig erwerbsunfähig ist, zwei Drittel des nach den §§ 563 bis 570 berechneten Jahresarbeitsverdienstes (Vollrente),
2. teilweise erwerbsunfähig ist, den Teil der Vollrente, der dem Maße der Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente).

§ 560. Solange der Verletzte infolge des Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann, ist die Rente entsprechend, jedoch höchstens bis zum vollen Jahresarbeitsverdienste, zu erhöhen.

§ 561. War der Verletzte schon zur Zeit des Unfalls dauernd völlig erwerbsunfähig, so ist nur Krankenbehandlung (§ 558 Nr. 1) zu gewähren.

Solange er infolge des Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann, ist eine [illegible]te bis zur Hälfte der Vollrente zu gewähren.

§ 562. Solange der Verletzte infolge [illegible]alls unverschuldet arbeitslos ist, kann die Genossenschaft auf [illegible] Teilrente bis zur Vollrente erhöhen."

Bestätigungen abgeben, also auch wir beamtete Aerzte. Und wir können diese Bestätigung uns selbst abgeben, d. h. unser Siegel genügt für unsere Quittungen. Die Forderung einiger Sektionen von Beidruck des Siegels der politischen Behörden ist nicht mehr berechtigt.

Von der landwirtschaftlichen Unfallversicherung ist für uns wichtig der § 917 [1]), der den Friedhofbetrieb zur Landwirtschaft einweist. Unsere Haus- und Ziergärten sind nicht versicherungspflichtig. Die Badeanstalten sind Gewerbebetriebe mit Unfallversicherungszwang. Dagegen unterliegen die Krankenanstalten nicht dem Zwange der Unfallversicherung. Auch bei der Landwirtschaft sind die häuslichen Arbeiten mitversichert. Wir alle, m. H., haben ja die Zeit miterlebt, in der sich die entscheidenden Instanzen abmühten, zwischen den häuslichen und landwirtschaftlichen Arbeiten charakteristische Unterschiede aufzustellen. Das ist nun glücklich vorbei. Dagegen ist die Uebernahme der landwirtschaftlichen Berufskrankheiten nicht ermöglicht.

Die landwirtschaftlichen Unfallverletzten können auch Sachleistungen erhalten (§§ 953 und 954) [2]), über die bei Streitigkeiten der Beschlußausschuß des Versicherungsamtes entscheidet, zu dem der beamtete Arzt als Beirat gehört. Auch der § 888 kann Arbeit bringen, er lautet:

„Das Versicherungsamt kann die Genossenschaften mit ihrer Zustimmung und unter Vereinbarung über die Kosten bei der Ueberwachung der Rentenempfänger unterstützen. Hierüber beschließt der Beschlußausschuß. Lehnt er ab, so beschließt auf Beschwerde das Oberversicherungsamt endgültig."

Bei der Begutachtung der

VII. Invalidität

müssen wir uns erinnern, daß nunmehr die abgeschwächte Berufsinvalidität maßgebend ist; § 1255 Abs. 2 bestimmt nämlich:

„Als invalide gilt, wer nicht mehr imstande ist, durch eine Tätigkeit,

---

[1]) § 917: „Als landwirtschaftlicher Betrieb im Sinne des § 915 Abs. 1 gilt auch die Gärtnerei, die Park- und Gartenpflege, sowie auch der Friedhofsbetrieb, soweit er nicht der gewerblichen Unfallversicherung unterliegt.

Kleine Haus- und Ziergärten, die nicht regelmäßig und in erheblichem Umfang mit besonderen Arbeitskräften bewirtschaftet werden und deren Erzeugnisse hauptsächlich dem eigenen Haushalt dienen, gelten nicht als landwirtschaftlicher Betrieb."

[2]) § 953: „Gemeinden oder Gemeindeverbände können mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde statutarisch bestimmen, daß Renten bis zu zwei Dritteln nicht bar gezahlt, sondern in Sachen gewährt werden. Dies gilt nur für Rentenempfänger, die im Bezirke wohnen, wenn sie oder ihre Ernährer dort als landwirtschaftliche Arbeiter nach Ortsgebrauch ganz oder teilweise in Sachen gelohnt worden und mit der Sachleistung statt Renten einverstanden sind.

Den Wert der Sachen setzt die höhere Verwaltungsbehörde nach Durchschnittspreisen fest."

§ 954: „Die Sachbezüge gewährt die Gemeinde des Wohnorts. Der Anspruch auf Rente geht im W[illegible]te der Sachbezüge auf die Gemeinde über.

Das Versicherungsam[illegible]eschlußausschuß) entscheidet bei Streit zwischen der Gemeinde und dem B[illegible]tigten. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endg[illegible]

Ist der Anspru[illegible]nte endgültig auf die Gemeinde übergegangen, so benachrichtigt die Be[illegible]enschaft die Post."

die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen."

Bisher war die Anleitung an die begutachtenden Aerzte von seiten der Invalidenanstalten folgende:

„Das bisherige Arbeitsfeld allein ist nicht maßgebend; es kommt vielmehr darauf an, was dem Versicherten unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und bisherigen Berufstätigkeit auf dem gesamten wirtschaftlichen Erwerbsgebiete noch zugemutet werden kann. Eine Berufsinvalidität kennt das Gesetz nicht."

Die neue Fassung erfordert ein tieferes Eingehen in die wirtschaftlichen Verhältnisse der zu Begutachtenden. Ueberhaupt hat uns sowohl die frühere Versicherungsgesetzgebung als insbesondere die neue R. V. O. die Aufgabe, die wirtschaftlichen Verhältnisse unseres Bezirks kennen und beurteilen zu müssen, gebracht: Der gute Verwaltungsarzt muß in Zukunft noch mehr als bisher wirtschaftliche Kenntnisse haben.

Zu den alten Aufgaben der Invalidenversicherung, der Invaliditäts- und Altersrente, hat das Gesetz als Gegenstand der Versicherung noch hinzugefügt die

VIII. Renten, Witwengeld und Waisenaussteuer für Hinterbliebene,

und zwar tritt diese Erweiterung mit dem 1. Januar 1912 in Kraft. Witwenrente erhält die dauernd invalide Witwe nach dem Tode ihres versicherten Mannes (§ 1258)[1]). Auch Krankheitswitwenrenten gibt es. Die Witwenrente bemißt sich nach der Invalidenrente des Mannes, und zwar zahlt das Reich als Grundlage 50 M. und die Anstalt drei Zehntel ihres Anteiles an der Invaliditätsrente des Mannes. Wenn also dem verstorbenen Mann 240 Mark Invalidenrente zugekommen wären, so erhält die invalide Witwe 105 M. Jahresrente; bei 360 M. Rente des Mannes 143 M.

Diese Jahresrente erhält sie außerdem beim Tode ihres Mannes als Witwengeld ohne Unterschied, ob die Witwe invalid ist oder nicht (§ 1296)[2]). Da auch Sterbegeld bezahlt wird,

---

[1]) § 1258: „Witwenrente erhält die dauernd invalide Witwe nach dem Tode ihres versicherten Mannes.

Als invalide gilt die Witwe, die nicht imstande ist, durch eine Tätigkeit, die ihren Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihr unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und bisherigen Lebensstellung zugemutet werden kann, ein Drittel dessen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Frauen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Witwenrente erhält auch die Witwe, die nicht dauernd invalide ist, aber während sechsundzwanzig Wochen ununterbrochen invalide gewesen ist, oder die nach Wegfall des Krankengeldes invalide ist, für die weitere Dauer der Invalidität (Witwenkrankenrente)."

[2]) § 1296: „Als Witwengeld wird der zwölffache Monatsbetrag der Witwenrente, als Waisenaussteuer der achtfache Monatsbetrag der bezogenen Waisenrente gewährt."

bekommt die Witwe eines Arbeiters beim Tode ihres Mannes ungefähr 200 bis 256 Mark ausbezahlt.

Die Waisenrente, die bis zum 15. Lebensjahr dauert, setzt sich zusammen aus 25 Mark des Reiches und $^{3}/_{20}$ des Anteiles der Anstalt für eine Waise und $^{1}/_{40}$ für jede weitere Waise (§ 1292)[1]).

Es bekommt also die Waise eines Rentners mit 240 Mark jährlich 54,50 Mark; bei 360 Mark Rente des Vaters 71,50 Mark; jedes weitere Kind unter 15 Jahren 29,75 M. resp. 32,75 M.

Als Waisenaussteuer bekommt jedes Kind mit dem vollendeten 15. Jahr $16^{2}/_{3}$ Mark vom Reich und 8 Monatsbeiträge der Waisenrente von der Anstalt. Beim Abgang einer Waise durch Alter tritt das nächste Kind in den erhöhten Genuß.

Das Gesetz hat keine Bestimmungen getroffen, wie es bei Zwillingen zu halten ist, weshalb bei Mehrlingen eine genaue Beurkundung der Minute der Geburt des einzelnen Kindes in Zukunft nötig sein wird! Wir werden vornehm: Das Majorat in der Arbeiterstube!

Der Kinderparagraph (§ 1291)[1]) bestimmt, daß der Invalide für jedes Kind unter 15 Jahren um ein Zehntel bis zu dem höchstens anderthalbfachen Betrage mehr bekommt. Auch die Invalidenrente kann unter Umstäden in einer Sachleistung bestehen (§ 1275)[2]). Auch hier entscheidet bei Streit der Beschlußausschuß des Versicherungsamtes unter Beirat des beamteten Arztes.

Die Invalidenanstalt kann nicht nur den Versicherten, sondern auch dessen Witwe zur Verhütung der Invalidität einer Anstalt zuführen. Also eine gegen früher wesentlich erweiterte Krankenpflege.

Zum Schluß noch einige Worte über das Verfahren. Bei der Vornahme der Unfalluntersuchung (§ 1564)[3]) sind auf Antrag

---

[1]) „§ 1291. Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter fünfzehn Jahren, so erhöht sich die Invalidenrente für jedes dieser Kinder um ein Zehntel bis zu dem höchstens anderthalbfachen Betrage.

§ 1292. Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt
bei Witwen- und Witwerrenten drei Zehntel,
bei Waisenrenten für eine Waise drei Zwanzigstel, für jede weitere Waise ein Vierzigstel
des Grundbetrags und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte."

[2]) § 1275: „Gemeinden oder Gemeindeverbände können mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde statutarisch bestimmen, daß Renten bis zu zwei Dritteln nicht bar gezahlt, sondern in Sachen gewährt werden. Dies gilt nur für die Rentenempfänger, die im Bezirke wohnen, wenn sie oder ihre Ernährer dort als landwirtschaftliche Arbeiter ganz oder teilweise in Sachen gelohnt worden und mit der Sachleistung statt Renten einverstanden sind.

Bei Waisenrenten bedarf es außerdem der Zustimmung des Vormundes. Dieser bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts.

Den Wert der Sachen setzt die höhere Verwaltungsbehörde nach Durchschnittspreisen fest."

[3]) § 1564: Die Ortspolizeibehörde stellt den Sachverhalt fest. Sie kann Ermittlungen jeder Art mit Ausschluß eidlicher Vernehmungen anstellen.

Auf Antrag der Versicherungsträger oder des Berechtigten sollen Sachverständige zugezogen werden, die Kosten trägt der Antragsteller.

Soll im Dienstraum einer Behörde oder in einem Fahrzeug der Kaiser-

Sachverständige beizuziehen. Dieses Beiziehen von Aerzten ist besonders unerläßlich, wenn eine Sektion vorgenommen werden soll. Auch bisher wurden mit Vorliebe die amtlichen Aerzte zur Vornahme dieser Sektion herangezogen; das wird auch in Zukunft so bleiben.

Die Zeugen und Sachverständigen erhalten bei den Vernehmungen Gebühren wie vor dem ordentlichen Gericht in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten.

Auf Beschwerde gegen die Festsetzung der Gebühren entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig (§ 1579)[2]).

Die Tätigkeit des Versicherungsamtes wird eine vielfache sein, und wiederholt wird die Beiziehung eines beamteten oder eines praktischen Arztes notwendig sein. Da die Spruchsitzungen des Versicherungsamtes öffentlich sind, so wird durch die Sitzung nicht bloß die Zeit des begutachtenden Arztes auf eine bestimmte Frist festgelegt, sondern seine Aussage unterliegt der allgemeinen Kritik; daß diese aber nicht zurückzuhalten pflegt, wissen wir zur Genüge. Im allgemeinen glaube ich, daß das Versicherungsamt dem beamteten Arzt zweimal soviel Arbeit bringt wie ein kleines Amtsgericht. Wir beamteten Aerzte tragen jedoch diese vermehrte Arbeit gern, weil das öffentliche Wohl dadurch gefördert wird.

(Lebhafter Beifall.)

Vorsitzender: Ich eröffne die Diskussion über diesen Vortrag und bitte diejenigen, die das Wort dazu ergreifen wollen, sich zu melden. — Es scheint niemand das Wort nehmen zu wollen. Dann spreche ich dem Herrn Referenten für seine hochinteressanten Ausführungen den verbindlichsten Dank des Vereins aus.

M. H.! Wir sind am Schlusse unserer diesjährigen Tagung. Als ich sie gestern eröffnete, sprach ich den Wunsch aus, Sie möchten die Verhandlungen nicht der Ausstellung wegen versäumen und möchten an den Sitzungen recht fleißig teilnehmen, so daß ich in der Lage sein würde, Ihnen am Schlusse unserer Tagung ein recht gutes Zeugnis in dieser Hinsicht auszustellen (Heiterkeit). Es freut mich außerordentlich, daß Sie mich durch Ihren zahlreichen Besuch unserer Sitzungen in diese Lage versetzt haben, und ich danke Ihnen, daß Sie so brav bis zum Schluß ausgehalten haben. Ich verknüpfe damit den Wunsch, daß wir bei der nächsten Versammlung unseres Deutschen Medizinalbeamten-Vereins ebenso zahlreich wie in diesem Jahre vertreten sind — es sind jetzt 210 Teilnehmer in der Präsenzliste verzeichnet — und daß diese ebenso fruchtbringend und günstig verlaufen möge, wie die diesjährige!

---

lichen Marine Augenschein eingenommen werden, so ist die Genehmigung der zuständigen Dienst- oder Kommandobehörde einzuholen."

[2]) § 1579: „Die Zeugen und Sachverständigen erhalten Gebühren wie bei Vernehmungen vor dem ordentlichen Gericht in bürgerlichen Rechtstreitigkeiten.

Auf Beschwerde gegen die Festsetzung der Gebühren entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig."

Vor allem wünsche ich aber Ihnen allen, namentlich den Herren Kollegen aus Oesterreich, noch recht vergnügte Tage in Dresden, damit Sie von Ihrem hiesigen Aufenthalt eine voll befriedigende und recht angenehme Erinnerung mitnehmen!

Damit schließe ich die Sitzung.

(Lebhafter Beifall.)

Schluß der Sitzung: nach 12¼ Uhr.

Nach Schluß der Sitzung trafen sich die meisten Teilnehmer mit ihren Damen im Ratskeller des neuen städtischen Rathauses zum zwanglosen Mittagessen. Die Nachmittagsstunden wurden wieder zur Besichtigung der Ausstellung benutzt, an die sich dann der Begrüßungsabend des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege anschloß.

Mitglieder-Verzeichnis
des
Deutschen Medizinalbeamten-Vereins

Abgeschlossen am 20. November 1911 [1])

A. Königreich Preussen.

Provinz Ostpreussen.

1. Dr. Abramowski, Kreisassistenzarzt in Willenberg.
2. - Arlart, Kreisassistenzarzt und Assistent am Medizinaluntersuchungsamt in Gumbinnen.
3. - Behrendt, Med.-Rat, Kreisarzt in Tilsit.
4. - Berneick, prakt. Arzt in Gilgenburg, staatsärztl. approb.
5. - Bernstein, Stabs- u. Bataillonsarzt in Allenstein, staatsärztl. approb.
6. - Börschmann, Kreisarzt in Bartenstein (Ostpr.).
7. - Czygan, Kreisarzt in Ragnit.
8. - v. Decker, Kreisarzt in Osterode (Ostpr.).
9. - Doepner, Kreiarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Königsberg i. Pr.
10. - Deckner, Kreisarzt in Heydekrug.
11. - Eberhardt, Med.-Rat, Kreisarzt in Allenstein.
12. - Ehrhardt, leitender Arzt in der Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische in Carlshof (Post Rastenburg, Ostpr.), staatsärztl. approb.
13. - Engel, Kreisarzt in Labiau.
14. - Fischer, Kreisarzt in Neidenburg.
15. - Forstreuter, Med.-Rat, Kreisarzt u. Direktor der Königl. Impfanstalt in Königsberg (Pr.).
16. - Franz, Kreisarzt in Heinrichswalde.
17. - Gallien, Kreisarzt in Bischofsburg.
18. - Gessner, Kreisarzt in Memel.
19. - Glaubitt, Kreisassistenzarzt in Prostken (Ostpr.).
20. - Heidenhain, Med.-Rat, Kreisarzt in Insterburg.
21. - Hilbert, San.-Rat u. Stadtarzt in Sensburg, staatsärztl. approb.
22. - Holthausen, Oberarzt der Provinzialanstalt für Schwachsinnige in Rastenburg (Ostpr.), staatsärztl. approb.
23. - Holz, Kreisarzt in Gerdauen.
24. - Hoppe, Kreisarzt in Preuß.-Eylau.

[1]) Die Namen der Teilnehmer der diesjährigen Hauptversammlung in Dresden sind mit einem Stern bezeichnet.

104. Dr. Behla, Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Charlottenburg, Mitglied u. Leiter der Medizinalabteilung des Königl. Preuß. Statistischen Landesamts.
*105. - Bürger, Assistent am Institut für Staatsarzneikunde, staatsärztl. approb.
106. - Dietrich, Prof., Geh. Ober-Med.-Rat u. vortragender Rat in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innnern, Steglitz.
107. - Dietrich, Med.-Rat, Kreisarzt des Kreises Rixdorf.
108. - Finger, Geh. Med.-Rat, vortragender Rat in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern.
109. - Flatten, Regierungs- u. Med.-Rat a. D., Kreisarzt des IV. Bezirks.
110. - Flügge, Professor, Geh. Medizinalrat und Direktor des hygienischen Instituts.
111. - Fränckel, Paul, in Charlottenburg, Privatdozent u. Assistent am Institut für Staatsarzneikunde.
112. - Fränkel, Arthur, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
113. - Friedemann, Julius, San.-Rat in Schöneberg bei Berlin, staatsärztl. approb.
114. - Gaffky, Prof., Geh. Ober-Med.-Rat u. Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin.
115. - Grimm, prakt. Arzt in Charlottenburg, staatsärztl. approb.
116. - Heilgendorff, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
117. - Herzberg, Siegfried, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
118. - Hoffmann, Med.-Rat, Gerichtsarzt und dirigierender Arzt des Untersuchungsgefängnisses.
119. - Hüttig, Oberstabsarzt a. D., Kreisarzt.
120. - Jacobson, Med.-Rat, Kreisarzt.
121. - Kasten, Kreisarzt in Charlottenburg.
122. - Kaup, Prof., Dozent u. Hygieniker an der Zentralstelle für Volkswohlfahrt in Berlin.
123. - Keller, Arzt am Strafgefängnis in Plötzensee, staatsärztl. approb.
124. - Kirchner, Prof., Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat u. Direktor der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern.
*125. - Krohne, Reg.- u. Med.-Rat, Hilfsarbeiter in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern.
126. - Kühnemann, Oberstabsarzt a. D. in Zehlendorf, staatsärztl. approb.
127. - Kurtz, Stabsarzt a. D., Oberarzt an der Anstalt Wuhlgarten bei Berlin, staatsärztl. approb.
128. - Lehnsen, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
129. - Lentz, Prof., Abteilungsvorsteher bei dem Institut für Infektionskrankheiten in Charlottenburg.
130. - Leppmann, A., Med.-Rat, Mitglied des Medizinalkollegiums der Provinz Brandenburg, Kreisarzt u. Strafanstaltsarzt.
131. - Leppmann, Fr., Nervenarzt u. Strafanstaltsarzt, staatsärztl. approb.
132. - Lindemann, Med.-Rat, Kreisarzt.
133. - Lorenz, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
134. - Mann, Kreisarzt in Lichtenberg b. Berlin.
135. - Marx, Gerichtsarzt und Gefängnisarzt.
136. - Meyer, Kreisarzt des VI. Bezirks.

137. Dr. **Merzbach**, belgischer u. italienischer Konsulararzt, staatsärztl. approb.
138. - **Moeli**, Prof., Geh. Med.-Rat u. Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.
139. - **Nesemann**, Geh. Med.-Rat, Regierungs- u. Med.-Rat. beim Polizeipräsidium.
140. - **Pentz**, Frauenarzt in Köpenick, staatsärztl. approb.
141. - **Pflanz**, Kreisarzt u. ständ. Hilfsarbeiter beim Polizeipräsidium.
142. - **Pfleger**, Med.-Rat u. Gerichtsarzt.
143. - **Podlewski**, Kreiswundarzt a. D. in Schöneberg b. Berlin.
144. - **Ritter**, Kreisassistenzarzt, Hilfsarbeiter in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern.
145. - **Rogowski**, Med.-Rat, Kreisarzt, Nikolassee b. Berlin.
146. - **Salomon**, Geh. Med.-Rat, Honorar-Professor an der technischen Hochschule in Charlottenburg.
147. - **Schenk**, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
148. - **Schlegtendal**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat. beim Polizei-Präsidium.
149. - **Schönstadt**, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
150. - **Schroeder**, Med.-Rat, Kreisarzt des Kreises Teltow.
151. - **Schulz**, Rud., Kreisarzt für Niederbarnim, Charlottenburg.
152. - **Schulz**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt, Direktor der Königl. Impfanstalt.
153. - **Störmer**, Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums und Gerichtsarzt.
154. - **Stoll**, Kreisassistenzarzt in Berlin.
*155. - **Strassmann**, a. o. Professor, Geh. Med.-Rat, Gerichtsarzt u. Direktor des Instituts für Staatsarzneikunde.
156. - **Strauch**, Gerichtsarzt u. Privatdozent für gerichtliche Medizin und Staatsarzneikunde.
157. - **Stüler**, Med.-Rat, Kreisarzt.
158. - **Viereck**, Stabsarzt an der Kaiser Wilhelmsakademie, staatsärztl. approb.
159. - **Wagner**, Gustav, San.-Rat in Schöneberg bei Berlin, staatsärztl. approb.
160. - **Weissenborn**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt.

Provinz Brandenburg.

161. Dr. **Aust**, Kreisarzt in Nauen.
162. - **Barnick**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Frankfurt (Oder).
163. - **Braeutigam**, Med.-Rat, Kreisarzt in Königsberg (Neumark).
164. - **Brasch**, prakt. Arzt in Wannsee, staatsärztl. approb.
165. - **Dalichow**, prakt. Arzt in Fürstenwalde a. d. Spree, staatsärztl. approb.
*166. - **Deutsch**, prakt. Arzt in Rudow, staatsärztl. approb.
167. - **Doebert**, Kreisarzt in Beeskow.
168. - **Drosihn**, prakt. Arzt in Cöpenick, staatsä
169. - **Friedrich**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in [illegible]
170. - **Gebauer**, prakt. Arzt in Wittenberge, st

25. Dr. Hurwitz, prakt. Arzt in Memel, staatsärztl. approb.
26. - Israel, Med.-Rat, Kreisarzt in Fischhausen.
27. - Jankowski, Kreisarzt in Braunsberg.
*28. - Janssen, Regierungs- und Med.-Rat in Gumbinnen.
29. - Janz, prakt. Arzt in Widminnen, staatsärztl. approb.
30. - Katluhn, Kreisarzt in Angerburg.
31. - Kauffmann, prakt. Arzt in Sensburg, staatsärztl. approb.
32. - Kehler, Kreisarzt und Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamtes in Gumbinnen.
33. - Kiesow, prakt. Arzt in Bialla, staatsärztl. approb.
34. - Kirchbach, prakt. Arzt in Lappienen, staatsärztl. approb.
35. - Klare, Kreisarzt in Johannisburg (Ostpr.).
36. - Klix, Kreisarzt in Darkehmen.
37. - Kühnlein, prakt. Arzt in Heydekrug, staatsärztl. approb.
*38. - Lemhöfer, Kreisarzt in Preuss. Holland.
*39. - Lemke, Kreisarzt in Sensburg.
40. - Lipp, Kreisassistenzarzt in Kaukehmen.
41. - Merrem, Stabs- u. Bataillonsarzt in Königsberg (Pr.), staatsärztl. approb.
*42. - Meyen, Reg.- u. Med.-Rat in Allenstein.
43. - Müller, Kreisassistenzarzt in Bialla.
44. - v. Petrykowsky, Kreisarzt in Ortelsburg.
*45. - Pulewka, Kreisarzt in Heilsberg.
46. - Puppe, a. o. Prof., Med.-Rat, Gerichtsarzt, Mitglied des Provinzial-Medizinalkollegiums und Direktor des gerichtlich-medizinischen Instituts in Königsberg (Pr.).
47. - Rimeck, Kreisarzt in Mohrungen.
48. - Sährendt, Kreisarzt in Rastenburg (Ostpr.).
49. - Schäfer, Med.-Rat, Kreisarzt in Gumbinnen.
50. - Schawaller, Kreisarzt in Pillkallen.
51. - Scheu, prakt. Arzt in Heydekrug, staatsärztl. approb.
52. - Schiller, Med.-Rat, Kreisarzt in Wehlau.
.53. - Schultz, Kreisarzt in Stallupönen.
*54. - Solbrig, Reg.- u. Med.-Rat in Königsberg (Pr.)
55. - Vossius, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Marggrabowa.
56. - Winter, Prof., Geh. Med.-Rat u. Direktor der Univ.-Frauenklinik in Königsberg i. Pr., Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums.
57. - Witting, Med.-Rat, Kreisarzt in Königsberg (Pr.).
58. - Wollermann, Med.-Rat, Kreisarzt in Heiligenbeil.
59. - Wollermann, Kreisarzt in Lyck.
60. - Zelle, Kreisarzt in Lötzen.

Provinz Westpreussen.

*61. Dr. Banik, Med.-Rat, Kreisarzt in Schlochau.
62. - Birnbacher, Kreisarzt in Danzig.
*63. - Boege, Kreisassistenzarzt in Sierakowitz (Kr. Karthaus).
64. - Bremer, Kreisarzt in Berent.
65. - Brinn, Kreisarzt in Pr. Stargard.

66. Dr. Derbe, Kreisarzt in Dirschau.
67. - Eschricht, Med.-Rat, Kreisarzt in Danzig.
68. - Feige, Kreisarzt in Marienburg (Westpr.).
69. - Gehrke, Kreisarzt in Putzig.
*70. - Göhlmann, Kreisarzt in Strasburg (Westpr.).
71. - Hahn, Kreisarzt in Stuhm (Westpr.).
*72. - v. Hake, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Marienwerder.
*73. - Hasse, Med.-Rat, Kreisarzt in Flatow (Westpr.).
74. - Hasse, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Neustadt (Westpr.).
75. - Heynacher, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Graudenz.
76. - Hochmann, prakt. Arzt in Marienburg (Westpr.), staatsärztl. appr.
77. - Hopmann, Med.-Rat u. Kreisarzt in Briesen (Westpr.).
78. - Howe, Kreisarzt in Culm.
79. - van Huellen, Spezialarzt f. Chirurgie in Thorn, staatsärztl. approb.
80. - Kaempfe, Med.-Rat, Kreisarzt in Karthaus (Westpr.).
81. - König, Kreisarzt in Konitz.
82. - Köstlin, Direktor der Prov.-Hebammen-Lehranstalt in Danzig.
83. - Lebram, Kreisassistenzarzt in Danzig.
84. - Liedke, prakt. Arzt in Thorn, staatsärztl. approb.
85. - Maillefert, prakt. Arzt in Culm, staatsärztl. approb.
86. - Matz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Deutsch-Krone.
87. - Ocker, Kreisarzt in Tuchel.
88. - Pusch, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Danzig.
89. - Richter, Med.-Rat, Kreisarzt in Elbing.
90. - Sandhop, Kreisarzt in Marienwerder.
91. - Schablowski, Kreisassistenzarzt u. Assistent am Medizinaluntersuchungsamt in Danzig.
92. - Schlee, Kreisarzt in Neumark (Westpr.).
93. - Schröder, Emil, Kreisarzt in Rosenberg (Westpreußen).
94. - Seemann, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Danzig.
*95. - Simon, San.-Rat, prakt. Arzt in Jastrow, staatsärztl. approb.
96. - Steger, Med.-Rat, Kreisarzt in Thorn.
97. - Wagner, Med.-Rat, Kreisarzt in Schwetz (Weichsel).
98. - Zinkeisen, prakt. Arzt in Czersk, staatsärztl. approb.

Berlin mit den Stadtkreisen
Charlottenburg, Schöneberg, Rixdorf, Wilmersdorf und Lichtenberg.

*99. Dr. Abel, Geh. Ober-Med.-Rat und vortragender Rat in der Medizinalabteilung des Minist. des Innern.
100. - Adler, Arthur, Spezialarzt für innere und Nervenkrankheiten, staatsärztl. approb.
101. - Arnheim, prakt. Arzt in Rixdorf, staatsärztl. approb.
102. - Aschenborn, Geh. Med-Rat, Hilfsarbeiter in der Med.-Abteilung des Minist. des Innern.[1])
103. - Becker, Geh. Medizinalrat, Kreisarzt a. D.

[1]) Inzwischen verstorben.

104. Dr. Behla, Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Charlottenburg, Mitglied u. Leiter der Medizinalabteilung des Königl. Preuß. Statistischen Landesamts.
*105. - Bürger, Assistent am Institut für Staatsarzneikunde, staatsärztl. approb.
106. - Dietrich, Prof., Geh. Ober-Med.-Rat u. vortragender Rat in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innnern, Steglitz.
107. - Dietrich, Med.-Rat, Kreisarzt des Kreises Rixdorf.
108. - Finger, Geh. Med.-Rat, vortragender Rat in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern.
109. - Flatten, Regierungs- u. Med.-Rat a. D., Kreisarzt des IV. Bezirks.
110. - Flügge, Professor, Geh. Medizinalrat und Direktor des hygienischen Instituts.
111. - Fränckel, Paul, in Charlottenburg, Privatdozent u. Assistent am Institut für Staatsarzneikunde.
112. - Fränkel, Arthur, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
113. - Friedemann, Julius, San.-Rat in Schöneberg bei Berlin, staatsärztl. approb.
114. - Gaffky, Prof., Geh. Ober-Med.-Rat u. Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin.
115. - Grimm, prakt. Arzt in Charlottenburg, staatsärztl. approb.
116. - Heilgendorff, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
117. - Herzberg, Siegfried, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
118. - Hoffmann, Med.-Rat, Gerichtsarzt und dirigierender Arzt des Untersuchungsgefängnisses.
119. - Hüttig, Oberstabsarzt a. D., Kreisarzt.
120. - Jacobson, Med.-Rat, Kreisarzt.
121. - Kasten, Kreisarzt in Charlottenburg.
122. - Kaup, Prof., Dozent u. Hygieniker an der Zentralstelle für Volkswohlfahrt in Berlin.
123. - Keller, Arzt am Strafgefängnis in Plötzensee, staatsärztl. approb.
124. - Kirchner, Prof., Wirkl. Geh. Ob.-Med.-Rat u. Direktor der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern.
*125. - Krohne, Reg.- u. Med.-Rat, Hilfsarbeiter in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern.
126. - Kühnemann, Oberstabsarzt a. D. in Zehlendorf, staatsärztl. approb.
127. - Kurtz, Stabsarzt a. D., Oberarzt an der Anstalt Wuhlgarten bei Berlin, staatsärztl. approb.
128. - Lehnsen, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
129. - Lentz, Prof., Abteilungsvorsteher bei dem Institut für Infektionskrankheiten in Charlottenburg.
130. - Leppmann, A., Med.-Rat, Mitglied des Medizinalkollegiums der Provinz Brandenburg, Kreisarzt u. Strafanstaltsarzt.
131. - Leppmann, Fr., Nervenarzt u. Strafanstaltsarzt, staatsärztl. approb.
132. - Lindemann, Med.-Rat, Kreisarzt.
133. - Lorenz, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
134. - Mann, Kreisarzt in Lichtenberg b. Berlin.
135. - Marx, Gerichtsarzt und Gefängnisarzt.
136. - Meyer, Kreisarzt des VI. Bezirks.

137. Dr. Merzbach, belgischer u. italienischer Konsulararzt, staatsärztl. approb.
138. - Moeli, Prof., Geh. Med.-Rat u. Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.
139. - Nesemann, Geh. Med.-Rat, Regierungs- u. Med.-Rat beim Polizeipräsidium.
140. - Pentz, Frauenarzt in Köpenick, staatsärztl. approb.
141. - Pflanz, Kreisarzt u. ständ. Hilfsarbeiter beim Polizeipräsidium.
142. - Pfleger, Med.-Rat u. Gerichtsarzt.
143. - Podlewski, Kreiswundarzt a. D. in Schöneberg b. Berlin.
144. - Ritter, Kreisassistenzarzt, Hilfsarbeiter in der Med.-Abteilung des Ministeriums des Innern.
145. - Rogowski, Med.-Rat, Kreisarzt, Nikolassee b. Berlin.
146. - Salomon, Geh. Med.-Rat, Honorar-Professor an der technischen Hochschule in Charlottenburg.
147. - Schenk, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
148. - Schlegtendal, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat beim Polizei-Präsidium.
149. - Schönstadt, prakt. Arzt, staatsärztl. approb.
150. - Schroeder, Med.-Rat, Kreisarzt des Kreises Teltow.
151. - Schulz, Rud., Kreisarzt für Niederbarnim, Charlottenburg.
152. - Schulz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt, Direktor der Königl. Impfanstalt.
153. - Stürmer, Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums und Gerichtsarzt.
154. - Stoll, Kreisassistenzarzt in Berlin.
*155. - Strassmann, a. o. Professor, Geh. Med.-Rat, Gerichtsarzt u. Direktor des Instituts für Staatsarzneikunde.
156. - Strauch, Gerichtsarzt u. Privatdozent für gerichtliche Medizin und Staatsarzneikunde.
157. - Stüler, Med.-Rat, Kreisarzt.
158. - Viereck, Stabsarzt an der Kaiser Wilhelmsakademie, staatsärztl. approb.
159. - Wagner, Gustav, San.-Rat in Schöneberg bei Berlin, staatsärztl. approb.
160. - Weissenborn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt.

Provinz Brandenburg.

161. Dr. Aust, Kreisarzt in Nauen.
162. - Barnick, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Frankfurt (Oder).
163. - Braeutigam, Med.-Rat, Kreisarzt in Königsberg (Neumark).
164. - Brasch, prakt. Arzt in Wannsee, staatsärztl. approb.
165. - Dalichow, prakt. Arzt in Fürstenwalde a. d. Spree, staatsärztl. approb.
*166. - Deutsch, prakt. Arzt in Rudow, staatsärztl. approb.
167. - Doebert, Kreisarzt in Beeskow.
168. - Drosihn, prakt. Arzt in Cöpenick, staatsärztl. approb.
169. - Friedrich, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Landsberg (Warthe)
170. - Gebauer, prakt. Arzt in Wittenberge, staatsärztl. approb.

171. Dr. Geisseler, Kreisarzt in Potsdam.
172. - Gottschalk, Med.-Rat, Kreisarzt in Rathenow.
173. - Gottschalk, Med.-Rat, Kreisarzt in Kalau.
174. - Großmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Freienwalde (Oder).
175. - Günther, Med.-Rat, Kreisarzt in Krossen.
176. - Hafemann, Med.-Rat, Kreisarzt in Luckau (Lausitz.)
177. - Hechler, Kreisarzt in Züllichau.
178. - Heinze, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamtes bei der Königl. Regierung in Potsdam.
179. - Heyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Angermünde.
180. - Jaenicke, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Spandau.
181. - Jungmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Guben.
182. - König, Med.-Rat, Kreisarzt in Soldin.
183. - Köster, Kreisassistenzarzt, Assistent am Medizinaluntersuchungsamt in Potsdam.
184. - Krahn, prakt. Arzt in Landsberg (Warthe), staatsärztl. approb.
185. - Kuhnt, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Neu-Ruppin.
186. - Lähr, G., San.-Rat, Arzt der Irrenanstalt Schweizerhof bei Zehlendorf, staatsärztl. approb.
187. - Lemke, Kreisarzt in Arnswalde.
188. - Leopold, leitender Arzt an der Heilstätte Blankenfelde bei Berlin, staatsärztl. approb.
189. - Lummerzheim, prakt. Arzt in Forst (Lausitz), staatsärztl. approb.
190. - Maire, prakt. Arzt in Fürstenberg (Oder), staatsärztl. approb.
191. - Meyer, H., Kreisarzt in Belzig.
192. - Moebius, prakt. Arzt, in Kirchhain (Niederlausitz), staatsärztl. approb.
193. - Nickel, Med.-Rat, Kreisarzt in Perleberg.
194. - Nowack, Kreisarzt u. ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Potsdam.
195. - Pannwitz, Chefarzt der Kinderheilstätte in Hohenlychen (Kr. Templin), staatsärztl. approb.
196. - Ploch, Med.-Rat, Kreisarzt in Frankfurt (Oder).
197. - Plothe, Kreisarzt in Cottbus.
198. - Prawitz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Brandenburg.
199. - Priester, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Reppen.
200. - Rosenthal, prakt. Arzt in Tegel, staatsärztl. approb.
*201. - Roth, Prof., Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Potsdam.
202. - Sander, Geh. Med.-Rat u. Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt in Dalldorf Post Wittenau (Bz. Berlin), Mitglied des Prov.-Med.-Kollegiums.
203. - Schäfer, Med.-Rat, Kreisarzt in Sorau (Niederlausitz).
204. - Schimmel, prakt. Arzt i. Straußberg b. Berlin, staatsärztl. approb.
205. - Schlieben, Kreisarzt in Zielenzig.
206. - Schneider, Kreisarzt in Prenzlau.
207. - Schultz-Schultzenstein, Kreisarzt in Freienwalde a. O.
208. - Seeger, Kreisarzt in Lübben.
*209. - Steinberg, Kreisarzt in Friedeberg (Neumark).
210. - Struntz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Jüterbogk.

211. Dr. Voigt, Kreisarzt in Templin.
212. - Wiedner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Cottbus.
213. - Wiese, Med.-Rat, Kreisarzt in Spremberg (Lausitz).
*214. - Wilhelm, Kreisarzt in Kyritz (Prignitz).

Provinz Pommern.

215. Dr. Arbeit, Med.-Rat, Kreisarzt in Stargard (Pomm.).
216. - Barten, prakt. Arzt in Plathe, staatsärztl. approb.
217. - Behrend, Med.-Rat, Kreisarzt in Kolberg.
218. - Beumer, a. o. Professor, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts in Greifswald.
219. - Brinkmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Dramburg.
220. - Dieterich, Med.-Rat, Kreisarzt in Demmin.
*221. - Dütschke, Reg.- u. Med.-Rat in Stettin.
222. - Frank, Kreisarzt in Grimmen.
223. - Frank, prakt. Arzt in Bergen (Rügen), staatsärztl. approb.
224. - Freyer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt u. Mitglied des Provinzial-Medizinalkollegiums, Direktor der Königlichen Impfanstalt in Stettin.
225. - Fricke, Kreisarzt in Bublitz.
226. - Gerloff, Med.-Rat, Kreisarzt in Stralsund.
227. - Gundlach, Kreisarzt in Ueckermünde.
228. - Hassenstein, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Greifenberg (Pommern).
229. - Hoche, Reg.- u. Med.-Rat in Köslin.
230. - Howitz, prakt. Arzt in Dramburg, staatsärztl. approb.
231. - Hülsmeyer, Kreisarzt in Bütow.
232. - Kirstein, Kreisarzt und Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamtes in Stettin.
233. - Kurpjuweit, Kreisarzt in Swinemünde.
234. - Landgrebe, Med.-Rat, Kreisarzt in Neustettin.
235. - Lewin, prakt. Arzt in Neustettin, staatsärztl. approb.
236. - Manke, Kreisarzt in Schlawe.
237. - Margulies, prakt. Arzt in Kolberg, staatsärztl. approb.
238. - Merklin, San.-Rat u. Direktor der Provinzial-Irrenanstalt in Treptow (Rega).
239. - Neumeister, Med.-Rat, chirur. Medizinalassessor bei dem Prov.-Medizinalkollegium in Stettin.
*240. - Ohrloff, Med.-Rat, Kreisarzt in Anklam.
241. - Pachnio, Kreisassistenzarzt in Stralsund.
242. - Palleske, Kreisarzt in Greifenhagen.
243. - Pieconka, Kreisarzt in Greifenberg.
*244. - Poddey, Kreisarzt in Lauenburg (Pomm.).
245. - Revenstorff, Kreisarzt in Rummelsburg (Pomm.)
246. - Sachs, San.-Rat in Pollnow, staatsärztl. approb.
*247. - Sarganeck, Med.-Rat, Kreisarzt in Cöslin.
248. - Schirmer, Kreisarzt in Naugard.
249. - Schlütter, Med.-Rat, Kreisarzt in Pyritz.
250. - Schmidt, Kreisarzt in Bergen (Rügen).
251. - Schröder II, Hermann, Kreisassistenzarzt in Stettin (West).

252. Dr. Schröder, prakt. Arzt in Pasewalk, staatsärztl. approb.
253. - Schultze, Professor u. Direktor der psychiatrischen Klinik in Greifswald.
254. - Schulze-Barnim, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums und Kreisarzt in Stettin.
255. - Siemens, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums und Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lauenburg (Pomm.).
256. - Speiser, Kreisarzt in Labes.
257. - Stumm, Med.-Rat, kommiss. Reg.- u. Med.-Rat in Stralsund.
258. - Thielow, Kreisarzt in Stolp.
259. - Voigt, Med.-Rat, Kreisarzt in Cammin (Pommern).
260. - Wanke, Med.-Rat, Kreisarzt in Belgard (Persante).

Provinz Posen.

261. Dr. Bekker, Kreisarzt in Wongrowitz.
262. - Bethge, Kreisarzt in Fraustadt.
263. - v. Blomberg, Freiherr, San.-Rat, Direktor an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Obrawalde bei Meseritz.
264. - Bosse, prakt. Arzt in Kosten (Bz. Posen), staatsärztl. approb.
265. - Bräuer, Assistent am hygienischen Institut Posen.
266. - Brüggemann, Med.-Rat, Kreisarzt in Bromberg.
267. - Buddee, Kreisarzt in Neutomischel.
268. - Clauss, Kreisarzt in Posen.
269. - Cohn, Med.-Rat, Kreisarzt in Jarotschin.
270. - Dembczack, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Krotoschin.
271. - Doerschlag, Kreisarzt in Strelno.
272. - Ekke, Kreisarzt in Adelnau.
273. - Fehrs, Kreisarzt in Czarnikau.
274. - Friedrich, Kreisarzt in Schubin.
275. - Guttwein, Kreisarzt in Schwersenz.
276. - Haack, Kreisarzt in Gnesen.
277. - Hartisch, Kreisarzt in Rawitsch.
278. - Herrmann, Kreisarzt in Obornik.
279. - Huebner, Kreisarzt in Posen (West).
280. - Jäckel, Med.-Rat, Kreisarzt in Samter.
281. - Jaster, Geh. Med.-Rat, Regierungs- u. Med.-Rat in Bromberg.
282. - Kleinert, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Lissa (Bez. Posen).
283. - Klewe, Stabsarzt a. D. u. Kreisarzt in Schmiegel.
284. - Knospe, Kreisarzt in Schildberg.
285. - Koschel, Kreisarzt in Filehne.
*286. - Lange, Kreisassistenzarzt in Schneidemühl, staatsärztl. approb.
287. - Larass, Kreisarzt in Koschmin.
288. - Laschke, Kreisarzt in Schroda.
289. - Lewerenz, Kreisarzt in Kolmar (Posen).
290. - Lissner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Kosten (Bz. Posen).
*291. - v. Mach, Med.-Rat, Kreisarzt in Bromberg.
292. - Mauß, prakt. Arzt in Schneidemühl, staatsärztl. approb.

293. Dr. Mennicke, Kreisarzt in Znin.
294. - Michaelsohn, Med.-Rat, Kreisarzt in Meseritz (Bz. Posen).
295. - Müller, prakt. Arzt in Luschwitz, staatsärztl. approb.
296. - Neubelt, Kreisassistenzarzt in Posen.
297. - Paulisch, Med.-Rat, Kreisarzt in Hohensalza.
298. - Peschel, Kreisarzt in Birnbaum (Bz. Posen).
299. - Rosenbaum, Stabs- und Bataillonsarzt in Rawitsch, staatsärztl. approb.
300. - Rubensohn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Graetz.
301. - Sauberzweig, Kreisarzt in Wirsitz.
302. - Schlag, Kreisarzt in Ostrowo (Bz. Posen).
*303. - Schmidt, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Posen.
304. - Schmidt, Kreisarzt in Wreschen.
305. - Schmidt, Kreisarzt in Pleschen.
306. - Sieber, Kreisarzt in Witkowo.
307. - Straube, Kreisarzt in Schwerin (Warthe).
308. - Symanski, Kreisarzt in Gostyn.
309. - Telschow, Med.-Rat, Kreisarzt in Schrimm.
310. - Tröger, Kreisarzt in Kempen (Bez. Posen).
311. - Wege, Kreisarzt in Mogilno.
312. - Wernicke, Prof., Geh. Med.-Rat, Prorektor der Akademie, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums und Direktor des hygienischen Instituts in Posen.
*313. - Wessling, Kreisarzt in Wollstein (Bez. Posen).
314. - Winckler, San.-Rat u. Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Owinsk, staatsärztl. approb.
315. - Zimmermann, Kreisassistenzarzt u. Leiter der Medizinaluntersuchungsstelle in Bromberg.

Provinz Schlesien.

316. Dr. Adler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Brieg (Bz. Breslau).
317. - Benindo, Keisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Breslau.
318. - Bergmann, San.-Rat in Neumarkt (Schl.), staatsärztl. approb.
319. - Bleich, Kreisarzt in Hoyerswerda.
320. - Blumenreich, San.-Rat in Sohrau (Ob.-Schl.), staatsärztl. approb.
321. - Boretius, Kreisarzt in Rybnick.
322. - Boss, Kreiswundarzt a. D. in Falkenberg (Ob.-Schl.).
323. - Broll, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Pless.
*324. - Cimbal, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Neisse.
325. - Coester, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Königshütte (Ob.-Schl.)
326. - Diering, prakt. Arzt in Kieferstädtel, staatsärztl. approb.
327. - Dirska, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Namslau.
328. - Duda, Kreisarzt in Nimptsch.
329. - Dybowski, Med.-Rat, Kreisarzt in Waldenburg (Schles.).
330. - Erbkam, Med.-Rat, Kreisarzt in Jauer.
331. - Erdner, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Görlitz.
332. - Finger, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Münsterberg (Schles.).

333. Dr. Frey, Kreisarzt in Lublinitz (Oberschl.).
334. - Furch, Med.-Rat, Kreisarzt in Gross-Wartenberg.
335. - Gebhardt, Med.-Rat, Kreisarzt in Lauban.
336. - v. Gizycki, Kreisarzt in Brieg (Bez. Breslau).
337. - Gürich, prakt. Arzt, Rosenberg (Ob.-Schl.), staatsärztl. approb.
338. - Hassenstein, Med.-Rat, Kreisarzt in Sagan.
339. - Hauschild, Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
340. - Heidelberg, Geh.Med.-Rat, Kreisarzt in Reichenbach (Schles.).
341. - Heymann, prakt. Arzt in Brieg (Bz. Breslau).
342. - Hirschfeld, Med.-Rat, Kreisarzt in Glogau.
343. - Hoppe, Geh Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Liegnitz.
344. - Horn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Löwenberg.
345. - Hübner, prakt. Arzt in Lüben (Schles.), staatsärztl. approb.
346. - Kathe, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Breslau.
347. - Keintoch, Kreisarzt in Grottkau.
348. - Kley, Kreisarzt in Kreuzburg (Oberschl.).
349. - Klingmüller, Kreisarzt in Strehlen (Schles.).
350. - Kloss, Kreisarzt in Striegau.
351. - Köhler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Landeshut.
352. - Krau, Med.-Rat, Kreisarzt in Schweidnitz.
353. - Krause, Reg.- u. Med.-Rat in Oppeln.
354. - Kühn, Med.-Rat, Kreisarzt in Ratibor.
*355. - Kutzki, Kreisarzt in Steinau (Oder).
*356. - Lachmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Oels (Schles.).
357. - Langner, Kreisarzt in Frankenstein (Schles.).
358. - la Roche, Med.-Rat, Kreisarzt in Beuthen (Ob.-Schl.).
359. - Leers, Gerichtsarzt in Gleiwitz.
*360. - v. Leliwa, Kreisassistenzarzt in Waldenburg (Schles.).
361. - Leske, Kreisarzt in Liegnitz.
362. - Lesser, Geh. Med.-Rat, a. o. Professor, Gerichtsarzt u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts in Breslau.
363. - Lichtwitz, Med.-Rat. Kreisarzt in Ohlau.
364. - Ludwig, Med.-Rat, Kreisarzt in Habelschwerdt.
365. - Mäder, Kreisarzt in Neumarkt (Schles.).
366. - Malisch, Kreisarzt in Pleß.
367. - Marmetschke, prakt. Arzt in Breslau, staatsärztl. approb.
368. - Martini, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Breslau.
369. - Matthes, Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
370. - Mewius, Med.-Rat, Kreisarzt und Direktor der Königl. Impfanstalt in Oppeln.
371. - Meyer, Kreisarzt in Muskau.
372. - Meyer, Kreisarzt in Grünberg (Schles.).
373. - Mühlenbach, Med.-Rat, Kreisarzt in Wohlau.
374. - Müller, Kreisassistenzarzt in Oppeln.
375. - Nauwerck, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Guhrau.
376. - Nebler, Med.-Rat, Kreisarzt in Glatz.
377. - Neumann, Med.-Rat, Kreisarzt in Leobschütz.
378. - Neumann, Kreisarzt in Rosenberg (Ob.-Schl.).
379. - Oebbecke, Stadtarzt in Breslau.

380. Dr. Otto, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Neurode.
381. - Paulini, Med.-Rat, Kreisarzt in Militsch (Bez. Breslau).
382. - Pfeffer, Kreisarzt a. D. in Reichenbach (Oberlausitz).
383. - Philipp, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Liegnitz.
384. - Pietrulla, San.-Rat in Strehlen (Schles.), staatsärztl. approb.
385. - Prang, Kreisassistenzarzt u. Assistent am hygienischen Institut in Beuthen (Ob.-Schl.).
386. - Reimer, San.-Rat, Stadtarzt in Görlitz.
*387. - Reinkober, Med.-Rat, Kreisarzt in Trebnitz.
388. - Rieger, Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
389. - Rother, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Falkenberg (Ob.-Schl.).
390. - Salzwedel, Kreisarzt in Gleiwitz.
391. - Schilling, Kreisarzt in Freystadt (Niederschl.).
392. - Schmidt, Med.-Rat, Kreisarzt in Neustadt (O.-Schl.)
*393. - Scholtz, Kreisarzt in Hirschberg (Schles.).
394. - Scholz, San.-Rat in Görlitz, staatsärztl. approb.
395. - Schreber, Kreisarzt in Bunzlau.
396. - Schröder, Med.-Rat, Kreisarzt in Sprottau.
397. - Schubert, prakt. Arzt in Schweidnitz, staatsärztl. approb.
*398. - Schultz, prakt. Arzt in Saabor, staatsärztl. approb.
399. - Schweitzer, Kreisarzt in Kattowitz (Ob.-Schl.).
*400. - Steiner, Kreisarzt u. ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Oppeln.
401. - Süssmann, Kreisassistenzarzt in Liegnitz.
402. - Telke, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Breslau.
403. - Thienel, Med.-Rat, Kreisarzt in Gross-Strehlitz.
404. - Tracinski, Med.-Rat, Kreisarzt in Zabrze.
405. - Wagener, O., Kreisarzt in Lüben (Schles.).
406. - Wagner, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Beuthen (Ob.-Schl.).
407. - Weczereck, Med.-Rat, Kreisarzt in Tarnowitz.
408. - Wende, prakt. Arzt in Kreuzburg (Ob.-Schl.), staatsärztlich approb.
409. - Woda, Kreisassistenzarzt in Ratibor.
410. - Wolff, Med.-Rat, Kreisarzt in Cosel.
411. - Wolffberg, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Breslau.
412. - Wrobel, Kreisassistenzarzt in Zabrze.
413. - Zillessen, Kreisarzt in Goldberg.

Provinz Sachsen.

414. Dr. Beninde, Kreisarzt in Liebenwerda.
*415. - Birkholz, Kreisarzt in Naumburg (Saale).
416. - Brummund, Kreis- u. Stadtarzt in Magdeburg.
417. - Bundt, Kreisarzt in Querfurt.
418. - Burmeister, Kreisarzt in Wanzleben.
419. - Curtius, Kreisarzt in Stendal.
420. - Deneke, Geh. Med.-Rat, Regierungs- u. Med.-Rat in Magdeburg.
421. - Ebhardt, Med.-Rat, Kreisarzt in Langensalza.
422. - Ehlers, Kreisarzt in Großkamsdorf, Post Saalfeld.
423. - Eilers, Med.-Rat, Kreisarzt in Schleusingen.
424. - Felgenträger, Kreisarzt in Heiligenstadt (Eichsfeld).

*425. Dr. Fielitz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Halle (Saale).
426. - Fränkel, ord. Professor, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums und Direktor des hygienischen Instituts in Halle (Saale).
427. - Friedel, Kreisarzt in Wernigerode.
428. - Fries, Geh. San.-Rat und Direktor der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt in Nietleben (Saalkreis).
429. - Geissler, Med.-Rat, Kreisarzt in Torgau.
*430. - Grape, Kreisarzt in Salzwedel.
431. - Häbler, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Nordhausen.
432. - Heimbucher, Kreisarzt in Liebenwerda.
433. - Herrmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Bitterfeld.
434. - Herms, Med.-Rat, Kreisarzt in Burg (Bz. Magdeburg).
435. - Heydloff, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Erfurt.
436. - Hildebrandt, Prof. u. Privatdozent für Pharmakológie und gerichtl. Medizin in Halle (Saale).
437. - Hillenberg, Kreisarzt in Zeitz.
438. - Hirsch, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Magdeburg.
439. - Holthoff, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Salzwedel.
440. - Hoppe, Oberarzt an der Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt in Uchtspringe, staatsärztl. approb.
441. - v. Ingersleben, Kreisarzt in Quedlinburg.
442. - Janert, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Seehausen (Altmark).
443. - Jorns, Kreisarzt in Nordhausen.
444. - Kalkoff, Med.-Rat, Kreisarzt in Kölleda.
445. - Keferstein, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Magdeburg.
*446. - Kluge, Med.-Rat, Kreisarzt in Wolmirstedt.
447. - Koppen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Heiligenstadt (Eichsf.)
448. - Kornalewski, Med.-Rat, Kreisarzt in Delitzsch.
449. - Krämer, Kreisarzt in Worbis.
450. - Kühn, Med.-Rat, Kreisarzt in Calbe (Saale).
451. - Lewinsky, Kreisarzt in Mansfeld.
452. - Lösener, Generalober- u. Garnisonarzt in Magdeburg, staatsärztlich approb.
453. - Mantey, prakt. Arzt in Elsterwerda, staatsärztl. approb.
454. - Meye, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Mansfeld.
455. - Moritz, Med.-Rat, Kreisarzt in Halberstadt.
456. - Müller, Med.-Rat, Kreisarzt in Herzberg (Elster).
457. - Müller, prakt. Arzt in Schleusingen, staatsärztl. approb.
458. - Ostermann, Kreisarzt in Oschersleben.
*459. - Pantzer, Kreisarzt in Sangerhausen.
460. - Plange, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Stendal.
461. - Probst, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Gardelegen.
*462. - Räuber, Reg.- u. Med.-Rat in Erfurt.
*463. - Rauch, Kreisarzt in Eisleben.
464. - Reip, Geh. San.-Rat, Kreisphys. a. D. in Arendsee (Altmark).
465. - Risel, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt u. Direktor der Königl. Impfanstalt in Halle (Saale).
466. - Rothmaler, prakt. Arzt in Gerbstedt (Mansf. Seekreis), staatsärztl. approb.

467. Dr. Schade, Med.-Rat, Kreisarzt in Neuhaldensleben.
468. - Schröder, Med.-Rat, Kreisarzt in Weissenfels.
469. - Schulz, a. o. Professor, Gerichtsarzt u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts in Halle (Saale).
470. - Schulze, prakt. Arzt in Liebenwerda, staatsärztl. approb.
471. - Seiffert, Med.-Rat, Kreisarzt in Mühlhausen (Thür.).
472. - Steinkopff, Med.-Rat, Kreisarzt in Merseburg.
473. - Strube, San.-Rat u. Kreiswundarzt a. D. in Halle (Saale).
*474. - Thomas, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamts in Magdeburg.
475. - Ulrich, prakt. Arzt in Erfurt, staatsärztl. approb.
476. - Vial, Kreisarzt in Gardelegen.
477. - Wachs, Med.-Rat, Kreisarzt in Wittenberg.
478. - Weber, prakt. Arzt in Delitzsch, staatsärztl. approb.
*479. - Weidenmüller, Arzt an der Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt in Uchtspringe, staatsärztl. approb.
480. - Weinreich, Kreiswundarzt a. D. in Merseburg.
*481. - Wilcke, Kreisarzt in Genthin.
*482. - Wodtke, Geh. Med.-Rat, Regierungs- u. Med.-Rat in Merseburg.

Provinz Schleswig-Holstein.

483. Dr. Bahrs, Med.-Rat, Kreisarzt in Sonderburg.
*484. - Bartels, Med.-Rat, Kreisarzt in Husum.
*485. - Bertheau, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Schleswig.
486. - Bockendahl, Med.-Rat, Kreisarzt in Kiel.
487. - Bruhn, Med.-Rat, Kreisarzt in Segeberg.
488. - Busch, prakt. Arzt in Ratzeburg, staatsärztl. approb.
489. - Cimbal, leitender Arzt der Abteilung für Geisteskranke am städtischen Krankenhause in Altona (Elbe), staatsärztl. approb.
490. - Cold, Med.-Rat, Kreisarzt in Meldorf.
491. - Ernst, Stadtassistenzarzt in Kiel, staatsärztl. approb.
492. - von Fischer-Benzon, Med.-Rat, Kreisarzt in Flensburg.
493. - Halling, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Glückstadt.
494. - Hansen, Med.-Rat, Kreisarzt in Hadersleben.
495. - Herford, Stadtassistenzarzt in Altona (Elbe).
496. - Horn, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Tondern.
497. - Hunnius, Med.-Rat, Kreisarzt in Wandsbek.
498. - Jahn, Kreisphysikus a. D. in Kappeln (Schlei).
499. - Knuth, Med.-Rat, Kreisarzt in Apenrade.
500. - Krefting, Kreisarzt in Plön.
501. - Krickau, prakt. Arzt in Neumünster, staatsärztl. approb.
502. - Krosz, San.-Rat in Horst (Holstein), staatsärztl. approb.
503. - Kschischo, Stadtassistenzarzt in Altona (Elbe).
504. - Lübbe, prakt. Arzt in Wilster, staatsärztl. approb.
505. - Mencke, Kreisassistenzarzt in Tondern.
506. - v. Meurers, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Rendsburg.
507. - Neidhardt, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Altona (Elbe).
508. - Reimann, Med.-Rat, Kreisarzt in Neumünster.
509. - Rohwedder, Med.-Rat, Kreisarzt in Ratzeburg.

510. Dr. **Schafft**, prakt. Arzt in Sülfeld (Holstein), staatsärztl. approb.
511. - **Schow**, Med.-Rat, Kreisarzt in Neustadt (Holstein).
*512. - **Schröder**, Stadtarzt in Altona (Elbe).
513. - **Schütt**, Med.-Rat, Kreisarzt in Eckernförde.
514. - **Schüler**, Kreisarzt in Pinneberg.
515. - **Sommerlad**, prakt. Arzt in Schleswig, staatsärztl. approb.
516. - **Suadicani**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Schleswig.
517. - **Vellguth**, prakt. Arzt in Niebüll, staatsärztl. approb.
518. - **Wallichs**, Geh. San.-Rat, Kreisphysikus a. D. in Altona (Elbe).
519. - **Wandel**, Kreisassistenzarzt in Oldesloe.
520. - **Ziemke**, a. o. Professor, Gerichtsarzt u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts in Kiel.

Provinz Hannover.

521. Dr. **Arbeit**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Hildesheim.
522. - **Bachmann**, Med.-Rat, Kreisarzt in Harburg (Elbe).
523. - **Barth**, Med.-Rat, Kreisarzt in Bassum.
*524. - **Becker**, Med.-Rat, Kreisarzt in Hildesheim.
525. - **Behrens**, prakt. Arzt in Hildesheim, staatsärztl. approb.
526. - **Beintker**, Kreisassistenzarzt u. Assistent am Medizinaluntersuchungsamt in Hannover.
527. - **Bitter**, Stadtarzt in Osnabrück.
528. - **Böhnke**, Kreisarzt in Springe.
529. - **Brandt**, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Hannover.
530. - **Brückmann**, prakt. Arzt in Goslar, staatsärztl. approb.
531. - **Buchholtz**, Med.-Rat, Kreisarzt in Einbeck.
532. - **Bünting**, Kreisarzt in Osterode im Harz.
533. - **Cramer**, ord. Prof., Geh. Med.-Rat u. Direktor der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt, der psychiatr. Universitäts-Klinik u. der Poliklinik für psych. und Nervenkranke in Göttingen.
534. - **Denckmann**, Med.-Rat, Kreisarzt in Burgdorf (Hann.).
535. - **Dieckmann**, prakt. Arzt in Schüttorf, staatsärztl. approb.
536. - **Dohrn**, Kreisarzt und Direktor der Königl. Impfanstalt in Hannover.
*537. - **Dreves**, Med.-Rat, Kreisarzt in Hannover-Linden.
538. - **Ehrhorn**, prakt. Arzt in Hannover-Herrenhausen, staatsärztl. approb.
539. - **Elten**, Med.-Rat, Kreisarzt in Freiburg (Elbe).
540. - v. **Esmarch**, Professor, Geh. Med.-Rat in Göttingen.
541. - **Gaehde**, Med.-Rat, Kreisarzt in Blumenthal (Hann.).
542. - **Gerlach**, Kreisassistenzarzt in Göttingen.
543. - **Gerlach**, Kreisarzt in Ilfeld.
544. - **Grote**, prakt. Arzt in Vienenburg, staatsärztl. approb.
545. - **Guertler**, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Hannover.
546. - **Guttmann**, Kreisarzt in Stade.
547. - **Harmsen**, Oberstabs- und Regimentsarzt in Lüneburg, staatsärztl. approb.
548. - **Heilmann**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Melle.

549. Dr. Helwes, Kreisarzt in Diepholz.
550. - Hesse, Med.-Rat, Kreisarzt in Lüneburg.
551. - Hübner, prakt. Arzt in Peine, staatsärztl. approb.
552. - Hüpeden, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Hannover.
553. - Huntemueller, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Hoya.
554. - Itzerott, Med.-Rat, Kreisarzt in Uelzen.
555. - Kahle, Kreisarzt in Dannenberg.
556. - *Kanzler, San.-Rat u. Badearzt in Bad Rothenfelde (Teutoburgerwald), staatsärztl. approb.
557. - Kessler, Geh. San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Salzgitter.
558. - Kramer, Kreisarzt in Wilhelmshaven.
*559. - Kuhlemann, prakt. Arzt in Uslar, staatsärztl. approb.
560. - Langerhans, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Celle.
561. - Lehmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Hameln.
*562. - Lemmer, Med.-Rat, Kreisarzt in Alfeld (Leine).
563. - Liedig, Kreisarzt in Lingen.
564. - Lindemann, prakt. Arzt in Hildesheim, staatsärztl. approb.
565. - Lochte, a. o. Professor, Kreisarzt u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts in Göttingen.
566. - Mansholt, Kreisarzt in Leer (Ostfrsld.).
567. - Meyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Hannov.-Münden.
568. - Mohrmann, Kreisarzt u. Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Stade.
569. - Müller, Kreisarzt in Geestemünde.
570. - Müller, Kreisarzt in Northeim (Hann.)
571. - Müller, prakt. Arzt in Gross-Rhüden, staatsärztl. approb.
572. - Nieper, Med.-Rat, Kreisarzt in Goslar.
573. - Niewerth, prakt. Arzt in Hildesheim, staatsärztl. approb.
574. - Nothnagel, Kreisarzt, Oberstabsarzt a. D. in Lehe.[1])
575. - Ocker, Med.-Rat, Kreisarzt in Verden (Aller).
576. - Olivet, prakt. Arzt in Northeim (Hann.), staatsärztl. approb.
577. - Opitz, Kreisarzt in Peine.
578. - Petermöller, Med.-Rat, Kreisarzt in Meppen.
579. - Picht, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Nienburg (Weser).
580. - Plinke, Kreisarzt in Hannover.
581. - Proelss, Kreisarzt in Bremervörde.
*582. - Quentin, Kreisarzt in Bentheim.
583. - Reinhold, Prof., Geh. Med.-Rat u. Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Hannover.
584. - Ressel, Kreisarzt in Rotenburg (Hannover).
585. - Rieck, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Springe.
586. - Riehn, Med.-Rat, Kreisarzt in Clausthal.
587. - Ritter, Reg.- u. Med.-Rat in Stade.
588. - Roehrig, Kreisarzt in Duderstadt (Eichsf.).
589. - Schmidt, prakt. Arzt in Hoya, staatsärztl. approb.
590. - Schnelle, Med.-Rat, Kreisarzt in Hildesheim.

[1]) Inzwischen verstorben.

591. Dr. Schürmeyer, Kreisarzt in Papenburg.
592. - Seelig, prakt. Arzt in Hannover, staatsärztl. approb.
*593. - Siemon, prakt. Arzt in Hannov. Münden, staatsärztl. approb.
*594. - Sorge, Kreisarzt in Lüchow.
595. - Speckmann, Kreisassistenzarzt in Otterndorf.
596. - Springfeld, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Osnabrück.
597. - Stackemann, Kreisarzt in Walsrode.
598. - Steinebach, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Hameln.
599. - Strangmeyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Quakenbrück.
600. - Stucke, prakt. Arzt in Bramsche (b. Osnabrück), staatsärztl. appr.
601. - Tergast, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Emden.
602. - Tholen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Papenburg (Ems).
603. - Trembur, Marineoberstabsarzt a. D., Kreisarzt in Osnabrück.
604. - Wagner, Kreisarzt in Aurich.
605. - Wegener, prakt. Arzt in Clausthal, leitender Arzt der Lungenheilstätte „Erbprinzentanne", staatsärztl. approb.
606. - Weimann, prakt. Arzt in Woltorf, staatsärztl. approb.
607. - Weithoener, Kreisarzt in Gifhorn.
608. - Wiechers, San.-Rat, Kreisphysikus a. D. in Gronau (Hannov.).
609. - Willms, prakt. Arzt in Kirchweyhe, staatsärztl. approb.
*610. - Winter, Med.-Rat, Kreisarzt in Norden.
611. - Wolff, Reg.- und Med.-Rat in Lüneburg.
612. - Zibell, Kreisarzt und Vorsteher des Med.-Untersuchungsamts in Hannover.

Provinz Westfalen.

613. Dr. Angenete, Kreisarzt in Lübbecke.
*614. - Ascher, Kreisarzt in Hamm (Westf.)
615. - Benthaus, Med.-Rat, Kreisarzt in Paderborn.
*616. - Besserer, Kreisarzt, Med.-Assessor beim Prov.-Med.-Kollegium u. Vorsteher des Med.-Untersuchungsamtes in Münster (Westf.).
617. - Bickhoff, San.-Rat, prakt. Arzt in Dortmund, staatsärztl. approb.
618. - Bliesener, Kreisarzt in Bochum.
619. - Boegershausen, Kreisarzt in Lüdinghausen.
620. - Brandis, prakt. Arzt in Bielefeld, staatsärztl. approb.
621. - Broeckerhoff, Kreisassistenzarzt in Dortmund.
622. - Brümmer, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Münster (Westf.).
623. - Bruns, Prof. u. Direktor des Instituts für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen.
624. - Claus, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Warburg.
625. - Deutsch, prakt. Arzt in Neuhaus (Westf.), staatsärztl. approb.
626. - Dickel, Oberarzt an den v. Bodelschwinghschen Anstalten in Bethel bei Bielefeld, staatsärztl. approb.
627. - Dieminger, prakt. Arzt in Merklinde (Kr. Dortmund), staatsärztl. approb.
628. - Dörrenberg, Med.-Rat, Kreisarzt in Soest.
629. - Dorsch, Kreisassistenzarzt in Bochum.

630. Dr. Friedel, Kreisarzt in Schwelm.
631. - Gäthgens, Kreisassistenzarzt in Gelsenkirchen.
632. - Georg, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Paderborn.
*633. - Gerlach, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Münster (Westf.).
634. - Graeve, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Hagen (Westf.).
635. - Graeve, prakt. Arzt in Iserlohn, staatsärztl. approb.
636. - Gruchot, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Hamm (Westf.).
637. - Guder, Med.-Rat, Kreisarzt in Laasphe.
638. - Hagemeier, Kreisarzt in Lippstadt.
639. - Heising, Med.-Rat, Kreisarzt in Borken (Westf.).
640. - Helming, Med.-Rat, Kreisarzt in Ahaus.
641. - Hensgen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Siegen.
642. - Heyne, Kreisarzt in Beckum.
643. - Hillebrecht, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Vlotho.
644. - Kasemeyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Burgsteinfurt.
645. - Kluge, Med.-Rat, Kreisarzt in Höxter.
646. - Köttgen, Stadt- u. Kreisarzt in Dortmund.
647. - Krecke, Stadtarzt in Münster (Westf.).
*648. - Krummacher, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Münster (Westf.).
649. - Liebetrau, Kreisarzt in Recklinghausen.
650. - Limper, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Gelsenkirchen.
*651. - Löer, Kreisarzt in Büren (Westf.).
*652. - Lüttig, Med.-Rat, Kreisarzt in Brilon.
653. - Mann, Direktor der Prov.-Hebammenlehranstalt in Paderborn
654. - Matthes, Kreisarzt und Hilfsarbeiter bei der Kgl. Regierung in Arnsberg (Westf.).
655. - Mertens, Oberarzt an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Lengerich (Westf.), staatsärztl. approb.
656. - Meyer, San.-Rat in Olpe, staatsärztl. approb.
657. - Meyer, Augenarzt in Hagen (Westf.), staatsärztl. approb.
658. - Nauck, Med.-Rat, Kreisarzt in Hattingen (Ruhr).
659. - Nünninghoff, Med.-Rat, Kreisarzt in Bielefeld.
660. - Petermöller, prakt. Arzt in Oelde, staatsärztl. approb.
661. - Pollack, Kreisarzt in Hörde.
*662. - Rapmund, Prof., Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Minden (Westf.), Ehrenmitglied.
663. - von Recklinghausen, Kreisarzt in Tecklenburg.
664. - Rheinen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Herford.
665. - Röper, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Arnsberg (Westf.).
666. - Rubarth, Geh. San.-Rat, Direktor der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt in Niedermarsberg.
667. - Schäffer, prakt. Arzt in Altena (Westf.), staatsärztl. approb.
668. - v. Scheibner, Chefarzt der Heilstätte Ambrock bei Hagen (Westf.), Post Dahl (Kr. Hagen), staatsärztl. approb.
669. - Schlautmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Münster (Westf.).
670. - Schlüter, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Gütersloh.
671. - Schmidt, Med.-Rat, Kreisarzt in Warendorf.
672. - Schneider, Med.-Rat, Kreisarzt in Gelsenkirchen.

673. Dr. Schneider, Regierungs- u. Med.-Rat in Arnsberg.
674. - Scholand, Kreisarzt in Olpe.
675. - Seitz, Kreisassistenzarzt in Halle (Westf.).
676. - Spancken, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Meschede.
677. - Stein, Kreisassistenzarzt, Assistent am Medizinal-Untersuchungsamt in Münster (Westf.).
678. - Steinhaus, Stadtassistenzarzt in Dortmund.
679. - Sudhoelter, Med.-Rat, Kreisarzt in Minden (Westf.).
680. - Tenholt, Geh. Med.-Rat, Chefarzt der Heilstätte Beringhausen bei Meschede.
681. - Thomalla, Kreisarzt in Altena (Westf.).
682. - Többen, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Recklinghausen.
683. - Többen, leitender Arzt der Irrenabteilung bei der Königlichen Strafanstalt in Münster (Westf.).
684. - v. Trzaska, Kreisarzt in Iserlohn.
685. - Voigt, prakt. Arzt in Holzwickede, staatsärztl. approb.
686. - Wegener, Kreisassistenzarzt in Hagen (Westf.).
687. - Wollenweber, Kreisarzt in Dortmund.
*688. - Wolters, Kreisarzt in Coesfeld.
689. Zumwinkel, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Gütersloh.

Provinz Hessen-Nassau.

690. Dr. Beinhauer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Höchst (Main).
691. - Bellinger, Kreisarzt in Usingen.
*692. - Börner, Oberstabsarzt a. D. u. Kreisarzt in Eschwege.
693. - Cauer, Med.-Rat, Kreisarzt in Schlüchtern (Bez. Cassel).
694. - Dennemark, Stabsarzt in Schmalnau (Röhn).
695. - Dreising, Med.-Rat, Kreisarzt in Cassel.
696. - Eichenberg, Med.-Rat, Kreisarzt in Hanau.
697. - Ewers, Med.-Rat, Kreisarzt in Hersfeld.
698. - Faber, Med.-Rat, Kreisarzt in Rotenburg (Fulda).
699. - Floeck, Kreisarzt in Montabaur.
700. - Frank, Prof., Kreisassistenzarzt u. Leiter des Mainwasseruntersuchungsamtes in Wiesbaden.
701. - Friedländer, Prof., Bes. d. Privatanstalt Hohe Mark (Taunus).
702. - Fromm, Kreisarzt in Frankfurt (Main).
703. - Frotscher, Oberarzt an der Landes-Heil- u. Pflegeanstalt in Weilmünster (Oberlahnkreis), staatsärztl. approb.
704. - Gleitsmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Wiesbaden.
705. - Grau, Med.-Rat, Kreisarzt in Gelnhausen.
706. - Hans, Hospitalarzt in Limburg (Lahn), staatsärztl. approb.
707. - Heinemann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Cassel.
708. - Hildebrand, a. o. Professor u. Direktor des gerichtl.-med. Instituts, Kreisarzt in Marburg (Bz. Cassel).
709. - Hommerich, prakt. Arzt in Frankfurt a. M., staatsärztl approb.
710. - Kahl, Kreisarzt in Melsungen.
711. - Kimpen, Med.-Rat, Kreisarzt in Rüdesheim (Rhein).
712. - König, San.-Rat, Stadtarzt in Frankfurt (Main).
713. - Kranepuhl, Kreisarzt in Rinteln.

714. Dr. Krause, Geh. Med.-Rat und Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Cassel.
715. - Liedke, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Wiesbaden.
716. - Malcus, Kreisarzt in Hofgeismar.
717. - Mannes, prakt. Arzt in St. Goarshausen, staatsärztl. approb.
718. - Marx, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Fulda.
719. - Mayer, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in St. Goarshausen.
720. - Meder, Kreisarzt u. Direktor der Königl. Impfanstalt in Cassel.
721. - Mencke, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Weilburg.
722. - Mumm, Geh. San.-Rat, Kreisphys. a. D. in Gelnhausen.
723. - Neumann, Kreisarzt in Westerburg (Westerwald).
724. - Nolte, Kreisarzt in Fritzlar.
725. - Oberstadt, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Langenschwalbach.
726. - Petschull, Med.-Rat, Kreisarzt in Diez.
727. - Pfeiffer, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Wiesbaden.
728. - Pilf, Kreisarzt in Wiesbaden.
729. - Rapmund, Erich, Kreisassistenzarzt in Marburg.
730. - Reinhardt, prakt. Arzt in Rauschenberg, staatsärztl. approb.
731. - Rockwitz, Reg.- und Med.-Rat in Cassel.
732. - Roselieb, Kreisarzt in Wolfhagen (Bz. Cassel).
733. - Roth, Med.-Rat, Gerichtsarzt in Frankfurt (Main).
*734. - Schaus, Kreisarzt in Weilburg.
735. - Schauss, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Dillenburg.
736. - Schotten, Geh. Med.-Rat und Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums in Cassel.
737. - Simon, El., prakt. Arzt in Frankfurt (Main), staatsärztl. approb.
738. - Stadtfeld, prakt. Arzt in Wiesbaden, staatsärztl. approb.
*739. - Stöltzing, Kreisarzt in Ziegenhain (Bez. Cassel).
740. - Tenbaum, Kreisarzt in Biedenkopf.
741. - von Tessmar, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Limburg (Lahn).
742. - Tuczek, Professor u. Geh. Med.-Rat in Marburg, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums für die Provinz Hessen-Nassau.
743. - Vahle, Kreisarzt in Frankenberg (Hessen-Nassau).
744. - Werner, Kreisarzt in Frankfurt (Main).
745. - Wittich, Kreisassistenzarzt in Cassel.
746. - Wittneben, Arzt an der Anstalt „Hephata" in Treysa, staatsärztl. approb.
747. - Wolf, Kreisarzt in Witzenhausen.
748. - Ziehe, Med.-Rat, Kreisarzt in Homburg v. d. H.

Rheinprovinz und Hohenzollern.

749. Dr. Albert, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Meisenheim (Glan).
750. - Altendorf, Med.-Rat, Kreisarzt in Prüm.
751. - Aschaffenburg, Prof. der Psychiatrie in Cöln.
752. - Bachem, Kreisarzt in Euskirchen.
753. - Berg, Gerichtsarzt in Düsseldorf.
754. - Berger, Kreis- u. Stadtarzt in Crefeld.
755. - Borntraeger, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Düsseldorf.
*756. - Braun, Med.-Rat, Kreisarzt in Wetzlar.

757. Dr. Braun, Geh. Med.-Rat, Gerichtsarzt in Elberfeld.
758. - Brockhaus, Geh. San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Godesberg.
759. - Burkharth, Oberamtsarzt in Gammertingen (Hohenzollern).
760. - Carp, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Wesel.
761. - Clauditz, Kreisarzt in Remscheid.
762. - Dahm, Kreisarzt in Heinsberg.
763. - Eickhoff, Med.-Rat, Kreisarzt in Siegburg.
764. - Engels, Kreisarzt in Saarbrücken.
765. - Esch-Waltrup, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Cöln.
766. - v. Fewson, Baron, Kreisarzt in Ahrweiler.
767. - Finkler, ord. Professor, Geh. Med.-Rat in Bonn.
768. - Fischer, Kreisassistenzarzt in Essen (Ruhr).
769. - Fricke, Kreisarzt in Simmern.
770. - Fritsch, ord. Professor, Geh. Ober-Med.-Rat in Bonn.
771. - Gasters, Kreis- u. Stadtarzt in Mülheim (Ruhr).
772. - Geißler, praktischer Arzt in Trier, staatsärztl. approb.
773. - Grisar, Geh. Med.-Rat, Reg. u. Med.-Rat in Coblenz.
774. - Hagemann, Kreisarzt in Essen a. Ruhr.
775. - Heinrichs, Med.-Rat, Kreisarzt in Jülich.
776. - Herbst, Kreisarzt in Kempen (Rhein).
777. - Herlitzius, Kreisarzt in Erkelenz.
778. - Herting, Direktor der Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt in Galkhausen, Post Langenfeld (Rhld.)
779. - Hilgermann, Kreisarzt und Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamtes in Coblenz.
780. - Hillebrand, Med.-Rat, Kreisarzt in Bergheim (Erft).
781. - Hofacker, Med.-Rat, Kreisarzt in Düsseldorf.
782. - Hoffa, Theodor, prakt. Arzt in Barmen, staatsärztl. approb.
783. - Hoffmann, Med.-Rat, Kreisarzt in Trier.
784. - Hohn, Leiter des bakteriolog. Laboratoriums in Essen (Ruhr).
*785. - Isfort, Kreisarzt in Call.
786. - Jannes, San.-Rat, Arzt des Kreispflegehauses in Eschweiler.
*787. - Jannsen, Kreisarzt in Neuwied.
788. - Kessel, Kreisarzt in Rheinbach.
789. - Kettler, Gerichtsarzt in Duisburg.
*790. - Kirchgässser, Kreisarzt in Coblenz.
791. - Kirsch, prakt. Arzt in Eupen, staatsärztl. approb.
792. - Klein, Kreisarzt in St. Goar.
793. - Klein, Gerichtsarzt in Essen (Ruhr).
794. - Knepper, Landes-Medizinalrat in Düsseldorf.
795. - Koeppe, Med.-Rat, Kreisarzt in Zell (Mosel).
796. - Kohlmann, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Coblenz.
797. - Krause, Kreis- u. Stadtarzt in München-Gladbach.
798. - Krautwig, ärztlicher Beigeordneter in Cöln.
*799. - Kriege, Kreis- u. Stadtarzt in Barmen.
800. - Krüger, Kreisarzt, Vorsteher des Medizinal-Untersuchungsamtes in Düsseldorf.
801. - Kruse, Professor u. Direktor des hygienischen Instituts in Bonn.

802. Dr. Kypke-Burchardi, Kreisarzt in Bitburg (Bz. Trier).
803. - Ledermann, Med.-Rat, Kreisarzt in Saarlouis.
804. - Lehmann, Kreisarzt in Bernkastel.
805. - Lembke, Med.-Rat, Kreisarzt in Duisburg.
806. - Linck, Kreisarzt in Mörs.
*807. - Litterski, Med.-Rat, Kreisarzt in Mayen.
808. - Lohmer, Kreisarzt in Cöln-Mitte.
809. - Longard, San.-Rat, Gerichtsarzt a. D. und Direktor des Fürst Carl-Landeshospitals in Sigmaringen.
810. - Marmann, Kreisassistenzarzt, Assistent am Medizinaluntersuchungsamt in Coblenz.
811. - Marx, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Bonn.
812. - Mayer, Kreiswundarzt a. D. in Simmern.
813. - Meder, Kreisarzt u. Direktor der Königl. Impfanstalt in Cöln.
814. - Meerbeck, Med.-Rat, Kreisarzt in Mülheim (Rhein).
*815. - Meyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Lennep.
816. - Meyer, Wilh., Assistent an der bakteriol. Untersuchungsstelle in Saarbrücken, staatsärztl. approb.
817. - Michels, Med.-Rat, Kreisarzt in Adenau.
818. - Möller, Kreisassistenzarzt in Saarbrücken.
819. - Müller, prakt. Arzt in Mettmann, staatsärztl. approb.
820. - Müller, Aug., prakt. Arzt in München-Gladbach, staatsärztl. approb.
821. - Neuhaus, San.-Rat und leitender Arzt d. Dep.-Anstalt für Geisteskranke in Düsseldorf.
*822. - Niemeyer, Med.-Rat, Kreisarzt in Neuss.
823. - Orthmann, Direktor der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt in Süchteln.
*824. - Paffrath, Med.-Rat, Kreisarzt in Cleve.
825. - Peren, Kreisarzt in Montjoie.
*826. - Peretti, Geh. San.-Rat u. Direktor der Heil- u. Pflegeanstalt in Düsseldorf-Grafenberg.
827. - Peters, Kreisassistenzarzt in Cöln-Nord.
828. - Petersen, Kreisphysikus a. D. in Düsseldorf.
829. - Plempel, Gerichtsarzt in Cöln.
830. - Pollitz, Direktor der Königl. Strafanstalt in Düsseldorf.
831. - Prigge, Assistent an der bakteriol. Untersuchungsanstalt in Saarbrücken, staatsärztl. approb.
832. - Racine, Med.-Rat, Kreisarzt in Essen (Ruhr).
833. - Rathmann, Kreisarzt und ständiger Hilfsarbeiter bei der Königl. Regierung in Düsseldorf, Düsseldorf-Grafenberg.
834. - Reckmann, Kreisarzt in Geldern.
835. - Riecken, Med.-Rat, Kreisarzt in Malmedy.
836. - Roeder, Med.-Rat, Kreisarzt in Vohwinkel.
837. - Roller, Med.-Rat, Kreisarzt in Trier.
838. - Rühs, Stadtassistenzarzt in Barmen.
839. - Rusak, Geh. Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Cöln.
840. - Schelowsky, prakt. Arzt in Sterkrade, staatsärztl. approb.
841. - Schlecht, Geh. Med.-Rat, Regierungs- u. Med.-Rat in Trier.
842. - Schmidt, Med.-Rat, Kreisarzt in Neunkirchen (Bez. Trier).

843. Dr. Schmidt, prakt. Arzt in Oberhausen (Rhld.), staatsärztl. approb.
844. - Schmitz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Aachen.
*845. - Schrakamp, Med.-Rat, Stadt- u. Kreisarzt in Düsseldorf.
846. - Schrammen, prakt. Arzt in Cöln, staatsärztl. approb.
847. - Schubert, Med.-Rat, Kreisarzt in Cöln.
848. - Schuchhardt, Kreisarzt in Altenkirchen (Westerwald).
849. - Schulte, Kreisassistenzarzt und Leiter der Medizinaluntersuchungsstelle in Sigmaringen.
850. - Schulz, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Coblenz.
851. - Schumacher, Kreisassistenzarzt in Trier.
852. - Schwabe, Reg.- u. Med.-Rat in Aachen.
853. - Schwass, Geh. Med.-Rat u. Hofrat, Regier.- u. Med.-Rat in Sigmaringen.
854. - Söhle, Kreisarzt in Waldbröl.
855. - Stauss, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Hechingen.
856. - Steinbach, Med.-Rat, Kreisarzt a. D. in Beuel.
857. - Stoffels, Kreisarzt in Wipperfürth.
858. - Stoffels, prakt. Arzt in Düsseldorf, staatsärztl. approb.
859. - Stühlen, Kreisarzt in Aachen.
860. - Thiele, Med.-Rat, Kreisarzt in Cochem.
861. - Thoma, San.-Rat, Kreiswundarzt a. D. in Aachen.
862. - Trembur, Stabs- u. Bataillonsarzt in Cöln (Rhein), staatsärztl. approb.
863. - Thywissen, leitender Arzt der Heil- u. Pflegeanstalt „St. Josef" in Neuss, staatsärztl. approb.
864. - Tietz, Kreisarzt in St. Wendel.
865. - Ueberholz, Med.-Rat, Kreisarzt in Wittlich.
866. - Ungar, a. o. Prof., Geh. Med.-Rat, Mitglied des Prov.-Medizinalkollegiums u. Gerichtsarzt in Bonn.
867. - Vieson, Med.-Rat, Kreisarzt in Merzig.
868. - Volkmuth, Med.-Rat, Kreisarzt in Saarburg.
*869. - Vollmer, Kreisarzt in Kreuznach.
870. - Weller, Stadtassistenzarzt in Duisburg.
871. - Wern, Oberarzt am Knappschaftskrankenhaus Fischbachtal bei Saarbrücken, staatsärztl. approb.
872. - Wex, Med.-Rat, Kreisarzt in Düren (Rhld.).
873. - Wildenrath, prakt. Arzt in Lobberich, staatsärztl. approb.,
874. - Windheuser, Kreisarzt in Daun.
875. - Wirsch, Med.-Rat, Kreisarzt in Bonn.
876. - Wirtz, prakt. Arzt in Cöln, staatsärztl. approb.
877. - Wolff, Med.-Rat, Kreisarzt in Elberfeld.
878. - Woltemas, Med.-Rat, Kreisarzt in Solingen.

Ausserdem:

879. Dr. Bürger, prakt. Arzt in Mehlis (Thüringen), staatsärztl. approb.
880. - Joesten, Josef, prakt. Arzt in München, staatsärztl. approb.
881. - Mosebach, Leiter der bakteriologischen Untersuchungsanstalt in Idar, staatsärztl. approb.
882. - Rudolphy, Hilfsarzt des Hafenarztes in Hamburg.

883. Dr. Strecker, prakt. Arzt in Waren (Mecklenburg-Schwerin), staatsärztl. approb.
884. - Wasserfall, Stabs- und Bataillonsarzt in Karlsruhe, staatsärztl. approb.

B. Königreich Bayern.

885. Dr. Alafberg, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ludwigshafen (Rh.).
886. - Aldinger, Bezirksarzt in Viechtach.
887. - Angerer, Bezirksarzt in München.
888. - Aschenbrenner, Bezirksarzt in Gerolzhofen.
*889. - Auer, Bezirksarzt in Rosenheim.
890. - Aumüller, Bezirksarzt in Garmisch.
891. - Bandel, Physikatsassistent und Schularzt in Nürnberg.
892. - Barthel, Theod., Nervenarzt in Nürnberg, staatsärztl. approb.
893. - Bauer, Karl, bezirksärztl. Stellvertreter u. Bahnarzt in Nordhalben.
894. - Bauer, Philipp, Bezirksarzt in Neunburg v. Wald.
895. - Baumann, Landgerichtsarzt in Fürth (Bayern).
896. - Baumgart, Bezirksarzt in Miltenberg.
897. - Bayerl, Landgerichtsarzt in Deggendorf.
898. - Bayersdörfer, prakt. Arzt in Neustadt (Haardt), staatsärztl. approb.
899. - Becher, prakt. Arzt in Schöllkrippen (Ufr.), staatsärztl. appr.
900. - Becker, Karl, prakt. Arzt in Speyer, staatsärztl. approb.
901. - Becker, Karl, Bezirksarzt u. ständiger Stellvertreter des Landgerichtsarztes in München.
902. - Becker, Georg, Bezirksarzt in Kirchheimbolanden.
903. - Beer, Ernst, Hütten- u. Bahnarzt in Bodenwöhr.
904. - Behr, Valentin, prakt. Arzt in Würzburg, staatsärztl. approb.
905. - Beltinger, prakt. Arzt in Nördlingen, staatsärztl. approb.
906. - Bergmann, Bezirksarzt in Staffelstein.
907. - Bernhuber, Bezirksarzt in Landau (Isar).
908. - Betz, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Beilngries, staatsärztl. approb.
909. - Beyer, Bezirksarzt in Cham.
910. - Bihler, Bezirksarzt u. Gefängnisarzt in München.
911. - Bischoff, Bezirksarzt in Erlangen.
912. - Bitton, Bezirksarzt in Forchheim (Bayern).
913. - Blanalt, Med.-Rat, Bezirksarzt in Würzburg.
914. - Bleser, prakt. Arzt in Alzenau, staatsärztl. approb.
915. - Blümm, Joh. Ed., Bezirksarzt in Neustadt (Saale).
916. - Blümm, Hermann, Med.-Rat u. Bezirksarzt in Obernburg.
917. - Boecale, Bezirksarzt in Regensburg.
918. - Böhm, Med.-Rat, Bezirksarzt in Augsburg.
919. - Borger, Bezirksarzt in Illertissen.
920. - Boyé, prakt. Arzt in Kirchheimbolanden, staatsärztl. approb.
921. - Braun, Adolf, prakt. Arzt in Bergtheim bei Würzburg, staatsärztl. approb.
922. - Braun, Friedrich, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Kulmbach.
923. - Braun, Lorenz, Bezirksarzt in Königshofen i. Grabfeld.

924. Dr. Braun, Rud., Bezirksarzt in Kitzingen.
925. - Bredauer, Bezirksarzt in Wolfratshausen.
926. - Breunig, Bezirksarzt a. D. u. Bahnarzt in Mainburg.
*927. - Brinsteiner, Bezirksarzt in Landsberg (Lech).
928. - Brodführer, Krankenhausarzt in Schliersee (Oberb.).
929. - Bruglocher, Reg.- u. Med.-Rat in Ansbach.
930. - Brusius, bezirksärztlicher Stellvertreter in Erbendorf.
931. - Bschorer, Bezirksarzt in Memmingen.
932. - Büller, Bezirksarzt in Stadtsteinach.
933. - Bullinger, prakt. Arzt in Burgkundstadt, staatsärztl. approb.
*934. - Bunz, prakt. Arzt in Regensburg, staatsärztl. approb.
935. - Burgl, Reg.- und Med.-Rat in Regensburg.
936. - Burkhardt, landgerichtl. Phys.-Assistent in Nürnberg.
937. - Clessin, Oskar, prakt. Arzt in Glanmünchweiler, staatsärztl. approb.
938. - v. Dall'Armi, Bezirksarzt in München.
939. - Dehler, Oberarzt der Abteilung für körperliche Kranke der Kreiskranken- u. Pflegeanstalt in Frankenthal (Pfalz), staatsärztl. approb.
940. - Demuth, Reg.- u. Med.-Rat in Speyer.
*941. - Deppisch, Bezirksarzt in Oberviechtach.
942. - Desing, prakt. Arzt in Mörnsheim, staatsärztl. approb.
943. - Detzel, Bezirksarzt in Rockenhausen.
944. - Dielmann, prakt. Arzt in Schweinfurt, staatsärztl. approb.
945. - Dietrich, bezirksärztl. Stellvertreter, Bahnarzt u. Postarzt in Arnstein (Unterfr.).
*946. - Dietsch, Bezirksarzt in Hof (Saale).
947. - Dieudonnè, Prof., Generalarzt u. Ministerialrat im Staatsministerium des Innern in München.
948. - Dischinger, Bezirksarzt in Zusmarshausen.
949. - Doepke, prakt. Arzt in Bamberg, staatsärztl. approb.
950. - Dörfler, Spezialarzt für Chirurgie in Regensburg, staatsärztl. approb.
951. - Dörfler, Bezirksarzt in Weissenburg (Bayern).
952. - Dollmann, Ohrenarzt in München, staatsärztl. approb.
953. - Dorffmeister, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in München.
954. - Dorsch, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Donauwörth, staatsärztl. approb.
955. - Dreyfuss, prakt. Arzt in Kaiserslautern, staatsärztl. approb.
*956. - Drossbach, Bezirksarzt in Mindelheim.
957. - v. Ebner, Freiherr, Schularzt u. Physikatsassistent in Nürnberg.
958. - Eccard, Direktor der Kreiskranken- u. Pflegeanstalt in Frankenthal (Pfalz).
959. - Eckert, Fritz, prakt. Arzt in Oberhausen bei Augsburg, staatsärztl. approb.
960. - Edenhofer, Bezirksarzt a. D. in Regen (Nordbayern).
961. - Eder, Bezirsarzt in Grafenau.
962. - Egger, Reg.- u. Med.-Rat in Würzburg.
963. - Eidam, Med.-Rat, Bezirksarzt in Gunzenhausen.
964. - Eisenhofer, Bezirksarzt in Parsberg.

965. Dr. Eller, prakt. Arzt in Grünstadt, staatsärztl. approb.
966. - Endres, Bezirksarzt a. D. in Würzburg.
967. - Entres, Josef, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Weiden (Pfalz).
968. - Enzensberger, Bezirksarzt in Kemnath.
969. - Erdt, Landgerichtsarzt in München.
970. - Erhardt, Bezirksarzt in Bogen (Niederbayern).
971. - Ernst, prakt. Arzt in Hof (Saale), staatsärztl. approb.
972. - Erras, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Kolbermoor, staatsärztl. approb.
973. - Faber, Landgerichtsarzt in Zweibrücken.
974. - Federschmidt, Bezirksarzt in Ansbach.
975. - Fiedler, prakt. Arzt in Landstuhl, staatsärztl. approb.
976. - Fink, bezirksärztlicher Stellvertreter in Regenstauf.
977. - Fischer, Distriktskrankenhausarzt in Hutthurm.
978. - Fleischmann, Anstaltsarzt in Lichtenau (Mittelfranken), staatsärztl. approb.
979. - Flierl, Bezirksarzt a. D. in München.
980. - Fortner, Med.-Rat, Bezirksarzt in Bad Tölz.
981. - Frank, Bezirksarzt in Zweibrücken.
982. - Franke, Hans, bezirksärztl. Stellvertreter u. Krankenhausarzt in Kirchenlamitz.
983. - Frantz, Richard, bezirksärztl. Stellvertreter u. Bahnarzt in Grünstadt.
984. - Frickhinger, Landgerichtsarzt in Nürnberg.
985. - Fritz, Oberarzt der Kreis-Irrenanstalt in Bayreuth.
986. - Fuchs, Bezirksarzt in Dingolfing.
987. - Gaill, Bezirksarzt a. D. in München.
988. - Gast, prakt. Arzt in Immenstadt, staatsärztl. approb.
*989. - Gebhardt, Bezirksarzt u. ständiger Hilfsarbeiter im Ministerium des Innern in München.
990. - Geiger, bezirksärztlicher Stellvertreter in Hemau.
991. - Gernert, Mich., prakt. Arzt in Nürnberg, staatsärztl. approb.
992. - Gessele, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Traunstein, staatsärztl. approb.
993. - Gierer, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Wendelstein, staatsärztl. appr.
994. - Glauning, Bahnarzt in Nürnberg, staatsärztl. approb.
995. - Glenk, prakt. Arzt in Buchloe, staatsärztl. approb.
996. - Gmehling, Bezirksarzt in Burglengenfeld.
997. - Göhring, Bezirksarzt in Rothenburg ob d. Tauber.
998. - Göttling, Direktor der Entbindungsanstalt und Hebammenschule in Bamberg.
999. - Götz, Herrmann, prakt. Arzt in Aichach, staatsärztl. approb.
1000. - Goppelt, prakt. Arzt in Treuchtlingen, staatsärztl. approb.
1001. - Grab, prakt. Arzt in Hengersberg, staatsärztl. approb.
1002. - Grahamer, Jakob, Bezirksarzt a. D. in München.
1003. - Grahamer, Karl, Landgerichtsarzt in Landshut.
1004. - v. Grashey, Geheimer Rat, Ministerialrat a. D. in München.
*1005. - Grassl, Bezirksarzt in Lindau (Bodensee).
1006. - Grassler, Bezirksarzt in Berchtesgaden.
1007. - Gros, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Schwabmünchen.

1008. Dr. Grüb, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Freising.
1009. - Gruber, Med.-Rat, Bezirksarzt u. Gefängnisarzt in München-Giesing.
1010. - Grundler, Med.-Rat, Bezirksarzt in Neumarkt (Oberpfalz).
1011. - Günther, Bezirksarzt in Höchstadt (Aisch).
1012. - Gutermann, Bezirksarzt in Alzenau.
1013. - Haass, bezirksärztl. Stellvertr. u. Bahnarzt in Altdorf b. Nürnberg.
1014. - Härtl, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. und Hofarzt in Wasserburg (Inn).
1015. - Hagen, bezirksärztl. Stellvertreter und Oberstabsarzt a. D. in Windsheim.
1016. - Hahn, prakt. Arzt in Niederkirchen b. Kaiserslautern, staatsärztlich approb.
1017. - Harder, Bezirksarzt in Nürnberg.
1018. - Hartmann, Bezirksarzt in Pfaffenhofen (Ilm).
1019. - Hausladen, prakt. Arzt in Schäftlarn, staatsärztl. approb.
1020. - Hausmann, Bezirksarzt in Dachau.
1021. - Heilmeier, Oskar, prakt. Arzt in Würzburg, staatsärztl. appr.
1022. - Heim, Professor der Hygiene in Erlangen.
1023. - Heinsen, Nervenarzt in Augsburg, staatsärztl. approb.
1024. - Heiss, Adolf, Krankenhausarzt in Starnberg, staatsärztl. appr.
1025. - Heissler, Bezirksarzt in Bayreuth.
1026. - Held, Heinr., Bezirksarzt u. Hausarzt a. Zuchth. in Straubing.
*1027. - Henkel, Med.-Rat, ordentl. Mitglied des Obermedizinalausschusses u. Bezirksarzt in München.
1028. - Hennig, bezirksärztl. Stellvertreter in Winnweiler.
1029. - Herberich, Arzt der Idiotenanstalt in Gemünden, staatsärztl. approb.
1030. - Herrich-Schäfer, prakt. Arzt in Regensburg, staatsärztl. approb.
1031. - Hermann, Friedrich Anton, Landgerichtsarzt in München.
1032. - Herrmann, Franz, Bezirksarzt in Germersheim.
1033. - Hertel, Bezirksarzt in Scheinfeld.
1034. - Heydner, prakt. Arzt in Obernzenn, staatsärztl. approb.
1035. - Hinker, bezirksärztl. Stellvertreter in Rotthalmünster.
1036. - Hock, prakt. Arzt in Wörth (Main), staatsärztl. approb.
1037. - Hoechstätter, bezirksärztl. Stellvertreter und Bahnarzt in Stadtprozelten.
1038. - Hoepfel, Bezirksarzt in Rottenburg (Niederbayern).
1039. - Hoerger, Bezirksarzt in Marktheidenfeld.
1040. - Hoermann v. Hörbach, Med.-Rat, Bezirksarzt in Speyer.
1041. - Hösch, Hugo, Oberarzt am Distrikts-Krankenhaus in Pasing.
1042. - Hösch, Paul, Assistenzarzt am Distrikts-Krankenhaus in Pasing.
1043. - v. Hösslin, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Landau (Pfalz).
1044. - Hofmann, A., Bezirksarzt in Naila.
1045. - Hofmann, Franz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Würzburg.
1046. - Hofmann, Heinr., Bezirksarzt in Uffenheim.
1047. - Hofmann, Theod., Bezirksarzt in Mellrichstadt.
1048. - Hofmeister, prakt. Arzt in Schleißheim, staatsärztl. approb.
1049. - Hohenberger, Bezirksarzt in Haßfurt.

1050. Dr. Hollaender, prakt. Arzt in Arzberg (Bz.-Amt Wunsiedel), staatsärztl. approb.
1051. - Horelt, Hausarzt an der Gefangenanstalt in Sulzbach (Oberpfalz), staatsärztl. approb.
1052. - Huber, Richard, prakt. Arzt in Brand b. Markt-Redwitz, staatsärztl. approb.
1053. - Hug, Bezirksarzt in Donauwörth.
1054. - Illing, bezirksärztlicher Stellvertreter in Neustadt (Aisch).
1055. - Imhof, prakt. Arzt in Schellenberg, staatsärztl. approb.
1056. - Jourdan, prakt. Arzt in München, staatsärztl. approb.
1057. - Kahlert, prakt. Arzt in Hof (Saale), staatsärztl. approb.
1058. - Karl, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Deggendorf, staatsärztl. approb.
1059. - Karrer, Med.-Rat u. Direktor der Kreisirrenanstalt in Klingenmünster.
1060. - Kaspar, Bezirksarzt in Neustadt (W.-N.).
1061. - Kaufmann, Veit, Hofrat und Bezirksarzt a. D. in Bad Dürkheim.
1062. - Kaufmann, Sally, Hofrat in Bad Dürkheim, staatsärztl. approb.
1063. - Keller, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Heimenkirch, staatsärztl. approb.
1064. - Kern, prakt. Arzt in Pirmasens, staatsärztl. approb.
1065. - Kerschensteiner, Bahnarzt in Holzkirchen (Oberbayern), staatsärztl. approb.
1066. - Ketterl, Peter, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Cham, staatsärztl. approb.
1067. - Kienningers, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Sonthofen.
1068. - Kihn, Bezirksarzt in Schweinfurt.
1069. - Kirsch, Christian, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Aubing b. München, staatsärztl. approb.
1070. - Klemz, Landgerichtsarzt in Memmingen.
1071. - Klingel, prakt. Arzt u. städt. Schularzt in Nürnberg.
1072. - Knehr, Heinrich, Landgerichtsarzt in Nürnberg.
1073. - Knorz, prakt. Arzt u. Krankenhausarzt in Prien, staatsärztl. approb.
1074. - Koch, Phil., prakt. Arzt in Waldmohr (Pfalz), staatsärztl. approb.
1075. - Köhl, prakt. Arzt in Naila, staatsärztl. approb.
1076. - Körber, Medizinalrat, Bezirks- u. Zuchthausarzt in Würzburg.
1077. - Krämer, Bezirksarzt in Nördlingen.
1078. - Kraus, Landgerichtsarzt in Schweinfurt.
1079. - Kraus, Franz, prakt. Arzt in Pfakofen, staatsärztl. approb.
1080. - Krebs, Bezirksarzt in Bad Aibling.
1081. - Krembs, Krankenhaus- und Bahnarzt in Schongau, staatsärztl. approb.
1082. - Kreuz, Bezirks- u. Landgerichtsarzt in Frankenthal (Pfalz).
1083. - Kröhl, bezirksärztl. Stellvertreter in Schesslitz.
1084. - Kühn, Bezirksarzt u. Landgerichtsarzt in Kaiserslautern (Pfalz).
1085. - Kufner, Landgerichtsarzt in Passau.
1086. - Kundmüller, Bezirksarzt in Hofheim.
1087. - Kundt, Direktor der Kreisirrenanstalt in Deggendorf.

1088. Dr. Lacher, Hofrat u. prakt. Arzt in Berchtesgaden, staatsärztl. approb.
1089. - Lauer, Bezirksarzt in Riedenburg.
1090. - Lechleuthner, Karl, prakt. Arzt in Rosenheim, staatsärztl. approb.
1091. - Lehner, prakt. Arzt in Frankenthal (Pfalz), staatsärztl. appr.
1092. - Löffler, Bezirksarzt in Bamberg.
1093. - Luckinger, Med.-Rat, Landgerichts- u. Bahnarzt in Regensburg.
1094. - Lüst, Bezirksarzt in Kaufbeuren.
1095. - Lutz, Hans, Bezirksarzt in Mühldorf (Oberbayern).
1096. - Maar, Bezirksarzt in Hammelburg.
1097. - Mädl, prakt. Arzt in Kempten (Algäu), staatsärztl. approb.
1098. - Maier, Wilh., prakt. Arzt in Augsburg, staatsärztl. approb.
1099. - Mangelsdorff, Bezirksarzt in Gemünden (Unterfr.)
1100. - Mann, Bezirksarzt in Pirmasens.
1101. - Martius, Eduard, prakt. Arzt in Bayreuth, staatsärztl. approb.
1102. - Marzell, Bezirksarzt in München.
1103. - Maul, prakt. Arzt in Rosenheim, staatsärztl. approb.
1104. - Mayer, Ferdinand, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Amberg.
1105. - Mayer, Carl, Bezirksarzt und Bahnarzt in Hersbruck.
1106. - Mayer, Wilhelm, prakt. Arzt in München, staatsärztl. approb.
1107. - Mayr, Ludwig, Bezirksarzt in Ebermannstadt.
1108. - Medicus, Franz, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Bobingen, staatsärztl. approb.
1109. - Meixner, prakt. Arzt in Lichtenfels, staatsärztl. approb.
1110. - v. Merkel, Gottlieb, Ober-Med.-Rat u. Bezirksarzt a. D. in Nürnberg.
1111. - Merkel, Herm., außerordentl. Professor für gerichtl. Medizin u. Suppleant des Medizinalkomites in Erlangen.
1112. - Merkel, Sigmund, Bezirksarzt in Nürnberg.
1113. - Miller, Bezirksarzt in Ingolstadt.
1114. - Minderlein, Friedr., prakt. Arzt in Dittenheim, staatsärztl. approb.
1115. - Moeges, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Tirschenreuth.
1116. - Müller, Jos. Ludwig, prakt. Arzt in Berg a. Laim. staatsärztl. approb.
1117. - Müller, Julius, Bezirksarzt in Aichach.
1118. - Müller, M., Bezirksarzt in Homburg (Pfalz).
1119. - Mützel, prakt. Arzt in Krumbach (Schwab.), staatsärztl. approb.
1120. - Neidhardt, Reg.- u. Med.-Rat in Landshut.
1121. - Neumüller, Bezirksarzt in Laufen.
1122. - Niedermaier, Bezirksarzt in Pfarrkirchen.
1123. - Noder, Anton, prakt. Arzt in München. staatsärztl. approb.
1124. - Nothaass, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Günzburg.
1125. - Oberhofer, Michael, Krankenhausarzt in Hollfeld, staatsärztl approb.
1126. - Obermayr, Reg.- u. Med.-Rat in Bayreuth.
1127. - Oberweiler, Bezirksarzt in Eschenbach.
1128. - Ochsenkühn, Jos., bezirksärztlicher Stellvertreter in Schwandorf.

1129. Dr. Offensberger, prakt. Arzt in Oggersheim, staatsärztlich approb.
1130. - Oschmann, Max, bezirksärztl. Stellvertreter in Euerdorf (Unterfranken).
1131. - Pallikan, Paul, Polizeiarzt in München.
1132. - Palmedo, bezirksärztl. Stellvertreter u. Bahnarzt in Roth bei Nürnberg.
1133. - Petritschek, Jos., Spezialarzt für Chirurgie in München, staatsärztl. approb.
1134. - Pfeiffer, Landgerichtsarzt in Traunstein.
1135. - Pickl, Langerichtsarzt in Eichstätt.
1136. - Plauth, Bezirksarzt in Kusel (Pfalz).
1137. - Preisendoerfer, Bezirksarzt in Lohr.
1138. - Prugger, Bezirksarzt in Ochsenfurt.
1139. - Pürckhauer, Bezirksarzt in Dinkelsbühl.
1140. - Putscher, Bezirksarzt in Schongau.
1141. - Raab, Wilhelm, Bezirksarzt in Schwabach.
1142. - Rauh, Bezirksarzt in Erding.
1143. - Rausch, prakt. Arzt in Zweibrücken, staatsärztl. approb.
1144. - Redenbacher, Landgerichtsarzt in Kempten (Algäu).
1145. - Regler, Landgerichtsarzt a. D. in München.
1146. - Reichold, bezirksärztl. Stellvertr. u. Bahnarzt in Lauf a. Pegnitz.
1147. - Reinhardt, Bahnarzt u. Krankenhausarzt in Weiden, staatsärztl. approb.
*1148. - Richter, außerordentl. Professor der gerichtl. Medizin und Landgerichtsarzt in München.
1149. - Rittmayer, Gg. Fr., Bezirksarzt in Mainburg.
1150. - Roger, Ober-Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat a. D. in Augsburg.
1151. - Rohmer, Bezirksarzt in Bergzabern.
1152. - Roth, Friedrich, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Bamberg.
*1153. - Roth, Jos. Herm., Polizei- u. Bahnarzt in Bamberg.
1154. - Rothhammer, Bezirksarzt in Griesbach.
1155. - Rüdinger, bezirksärztl. Stellvertreter in Weissenhorn.
1156. - Runk, Physikatsassistent u. Bahnarzt in Ludwigshafen (Rh.).
1157. - Russ, bezirksärztl. Stellvertreter in Eltmann.
1158. - Schäfer, Bezirksarzt u. Hausarzt an der Gefangenanstalt in Sulzbach (Oberpfalz).
1159. - Schalkhauser, Landgerichtsarzt in Augsburg.
1160. - Scharff, prakt. Arzt in Wunsiedel, staatsärztl. approb.
1161. - Schelle, Bezirksarzt in Neustadt (Aisch).
1162. - Schenk, bezirksärztl. Stellvertr. in Babenhausen (Schwaben).
1163. - Scheppach, prakt. Arzt in Donauwörth, staatsärztl. approb.
1164. - Schirmer, Bezirksarzt in Eichstätt.
1165. - Schlier, Bezirksarzt in Lauf a. Pegnitz.
1166. - Schmeißner, prakt. Arzt in Volkach, staatsärztl. approb.
1167. - Schmid, Anton, Med.-Rat, Bezirksarzt in Vilshofen.
1168. - Schmid, Johann, Bezirksarzt in Altötting.
1169. - Schmid, Otto, prakt. Arzt in Freising, staatsärztl. approb.
1170. - Schmid, Valentin, prakt. Arzt in Augsburg, staatsärztl. approb.
1171. - Schmidt, Georg, Bezirksarzt in Nabburg (Pfalz).

1172. Dr. Schmidt, Gottfried, Oberstabsarzt a. D. in Bad Dürkheim, staatsärztl. approb.
1173. - Schmidt, Peter, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Nürnberg.
1174. - Schmitt, Eduard, prakt. Arzt in Edesheim, staatsärztl. approb.
1175. - Schmitt, Josef, Hausarzt d. Gefangenanstalt in Laufen (Oberbay.).
*1176. - Schmitt, Josef, Bezirksarzt in Füßen.
1177. - Schmitz, Bezirksarzt in Starnberg.
1178. - Schneller, Bezirksarzt in Bamberg.
1179. - Schön, Bezirksarzt in Pegnitz.
1180. - Schöpp, Max, Med.-Rat, Bezirksarzt in Kronach.
1181. - Schöppner, Ludwig, Bezirks- u. Bahnarzt in Friedberg (Bayern).
1182. - Schrank, Bezirksarzt in Ebersberg.
1183. - Schröfl, prakt. Arzt in Wertingen, staatsärztl. approb.
1184. - Schrön, prakt. Arzt in Weidenberg, staatsärztlich approb.
1185. - Schub, Bezirksarzt in Wegscheid (Niederbayern).
1186. - Schütz, Bezirksarzt in Vilsbiburg.
1187. - Schultz, Eduard, Bezirksarzt in Teuschnitz.
1188. - Schuster, Physikatsassistent in Augsburg.
1189. - Schwarz, Ernst, prakt. Arzt in Memmingen, staatsärztl. approb.
1190. - Schweinberger, M., Med.-Rat, Bezirksarzt in Traunstein.
1191. - Schwink, Landgerichtsarzt in Ansbach.
1192. - Seelos, Bezirksarzt in Markt-Oberdorf (Schwaben).
1193. - Seiderer, Bahnarzt in Ingolstadt, staatsärztl. approb.
*1194. - Seidl, Ludwig, Bezirksarzt in Hilpoltstein.
1195. - Sell, Josef, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Dillingen (Donau).
1196. - Sendtner, Bezirksarzt in Augsburg.
1197. - Sitzberger, Alois, Bezirksarzt in Eggenfelden.
1198. - Sölch, Bezirksarzt in Münchberg (Oberfranken).
1199. - Solbrig, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Bayreuth.
1200. - Spaeth, Franz, Bezirksarzt in Fürth (Bayern).
1201. - Späth, Josef, Med.-Rat, Bezirksarzt in Landshut.
1202. - Spenkuch, Bezirksarzt in Neustadt (Haardt).
1203. - Spiegel, prakt. Arzt in Oberhausen bei Augsburg, staatsärztl. approb.
1204. - Spies, Bezirksarzt in Bad Dürkheim.
1205. - Stadler, prakt. Arzt in Dinkelsbühl, staatsärztl. approb.[1])
1206. - Stappel, Wilhelm, prakt. Arzt in Langquaid, staatsärztl. approb.
1207. - Stark, Friedrich, prakt. Arzt in Neustadt (Haardt), staatsärztl. approb.
1208. - Stark, Emil, Stadtarzt in Fürth (Bayern).
1209. - Steichele, Bezirksarzt u. Bahnarzt in Amberg.
1210. - Steidle, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Kempten (Algäu), staatsärztl. approb.
1211. - Steigelmann, Lud., prakt. Arzt in Rhodt (Pfalz), staatsärztl. approb.
1212. - Steindl, prakt. Arzt u. Anstaltsarzt in Rain a. Lech, staatsärztl. approb.
*1213. - Steinhuber, Bezirksarzt in Passau.

[1]) Inzwischen verstorben.

1214. Dr. Steininger, Bezirksarzt in Stadtamhof.
1215. - Stengel, Hans, Physikatsassistent in Würzburg.
1216. - Steudel, prakt. Arzt u. Bahnarzt in Regensburg.
1217. - Stickl, Bezirksarzt in Ebern.
1218. - Stölzl, Physikats-Assistent in Ludwigshafen (Pfalz).
1219. - Stömmer, Otto, Bezirksarzt in Dillingen.
1220. - Stritzl, prakt. Arzt in Dorfen, staatsärztl. approb.
1221. - Stumpf, Universitäts-Prof. u. Landgerichtsarzt in Würzburg.
1222. - Thenn, Med.-Rat, Bezirksarzt in Beilngries.
1223. - Thiel, prakt. Arzt in Karlstadt, staatsärztl. approb.
1224. - Tischler, Bezirksarzt in Deggendorf.
1225. - Frhr. v. Thon-Dittmer, Bezirksarzt in Feuchtwangen.
1226. - Trzetziak, Bezirksarzt in Karlstadt.
1227. - Uebl, Bezirksarzt in Berneck (Oberfranken).
1228. - Utz, Christian, Reg.- u. Med.-Rat in Augsburg.
1229. - Utzschneider, Knappschafts-, Krankenhaus- u. Bahnarzt in Unterpeißenberg, Post: Peißenberg.
1230. - Vanselow, Med.-Rat, Bezirksarzt in Kissingen.
1231. - Viernstein, prakt. Arzt u. Hausarzt der Strafanstalt in Kaisheim, staatsärztl. approb.
1232. - Vogl, prakt. Arzt in Kottern, staatsärztl. approb.
1233. - Vogler, Bezirksarzt in Krumbach (Schwaben).
1234. - Vogt jun., Heinrich, prakt. Arzt in Kandel, staatsärztl. approb.
1235. - Voll, bezirksärztl. Stellvertreter in Schwarzenfeld.
1236. - Waibel, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Kempten (Algäu).
1237. - Wander, bezirksärztl. Stellvertreter in Dettelbach.
1238. - Weber, Emanuel, Bezirksarzt in Kelheim.
1239. - Weber, Jakob, prakt. Arzt in Burghaslach, staatsärztl. approb.
1240. - Weber, Jakob, prakt. Arzt in Kaiserslautern, staatsärztl. approb.
1241. - Weber, Klemens, Bezirksarzt in Kötzting.
1242. - Weckerle, Bezirksarzt in Mallersdorf.
1243. - Weigl, prakt. Arzt u. Schularzt in München, staatsärztl. appr.
1244. - Weikard, Bezirksarzt in Kempten.
1245. - Weiss, August, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Bayreuth.
1246. - Weiss, Theobald, Bezirksarzt in Miesbach.
1247. - Welte, prakt. Arzt in Saal (Saale), staatsärztl. approb.
1248. - Werner, Paul, bezirksärztlicher Stellvertreter, Geisenfeld b. Pfaffenhofen.
1249. - Westermayer, Bezirksarzt in Freyung v. Wald.
1250. - Wetzel, Med.-Rat, Bezirksarzt in Nürnberg.
1251. - Wiedemann, Bezirksarzt in Neu-Ulm.
1252. - Wiest, Franz, prakt. Arzt u. Krankenhausarzt in Lenggries, staatsärztl. approb.
*1253. - Wild, Bezirksarzt in Wunsiedel.
1254. - Wille, bezirksärztl. Stellvertreter in Obergünzburg.
1255. - Winsauer, Bahnarzt und Hofarzt in Kleinheubach, staatsärztl. approb.
1256. - Winterstein, Wilh., prakt. Arzt u. Bahnarzt in Brückenau, staatsärztl. approb.
1257. - Wollenweber, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Neuburg (Donau).

1258. Dr. **Würth**, Fritz, prakt. Arzt in Jettingen, staatsärztl. approb.
1259. - **Wunder**, bezirksärztl. Stellvertreter in Wolfstein.
1260. - **Wurm**, Stephan, bezirksärztl. Stellvertr. in Haag (Oberbayern).
1261. - **Zängerle**, prakt. Arzt in Landshut, staatsärztl. approb.
1262. - **Zantl**, Bezirksarzt in Weilheim.
1263. - **Zeitler**, Conrad, Med.-Rat, Bezirksarzt und Arzt an der Königl. Strafanstalt in Ebrach.
1264. - **Zeitler**, Fritz, prakt. Arzt in Wörth (Donau), staatsärztl. appr.
1265. - **Zimmer**, Ernst, Hausarzt an der Königl. Strafanstalt in Altenglan, staatsärztl. approb.
1266. - **Zinn**, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Bamberg.
1267. - **Zoellner**, Bezirksarzt in Bruck (Fürstenfeld).
1268. - **Zorn**, Friedrich, Bezirksarzt in Lichtenfels.
1269. - **Zorn**, Ludwig, Bezirks- und Landgerichtsarzt in Frankenthal (Pfalz).
1270. - **Zwecker**, bezirksärztl. Stellvertreter in Waldfischbach.
1271. - **Zwicknagl**, Max, prakt. Arzt in Deggendorf, staatsärztl. approb.

C. Königreich Sachsen.

1272. Dr. **Boeters**, Bezirksarzt in Döbeln.
1273. - **Böttcher**, Anstaltsbezirksarzt in Hohnstein (Sächs. Schweiz)
1274. - **Brink**, Bezirksarzt in Frankenberg (Sachsen).
1275. - **Endler**, Bezirksarzt in Dippoldiswalde.
1276. - **Erler**, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt in Meissen.
1277. - **Facilides**, San.-Rat u. Gerichtsarzt in Plauen (Vogtland).
1278. - **Fickert**, Bezirksarzt a. D. in Marienberg (Sachsen).
*1279. - **Flinzer**, Med.-Rat, Bezirksarzt in Plauen (Vogtland).
1280. - **Gelbke**, Ober-Med.-Rat u. medizinischer Beirat bei der Kreishauptmannschaft in Chemnitz.
1281. - **Geyer**, Landgerichtsarzt in Zwickau (Sachsen).
1282. - **Hänsel**, Gerichtsarzt in Chemnitz.
1283. - **Harms**, Bezirksarzt in Annaberg (Erzgeb.).
1284. - **Hauffe**, Stadtbezirksarzt in Chemnitz.
1285. - **Hertzsch**, Ober-Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat in Leipzig.
1286. - **Heyn**, Bezirksarzt in Kamenz.
1287. - **Holz**, Bezirksarzt in Leipzig-Gohlis.
1288. - **Ilberg**, Ober-Med.-Rat, Direktor der Heil- u. Pflegeanstalt Sonnenstein bei Pirna.
1289. - **Kindt**, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt in Grimma.
1290. - **Klotz**, Bezirksarzt in Zwickau.
1291. - **Kockel**, a. o. Professor, Direktor des Instituts für gerichtl. Medizin in Leipzig.
1292. - **Kuschel**, stellvertretender Stadtbezirksarzt und Stadtarzt in Chemnitz.
1293. - **Lehmann**, Chefarzt der Piersonschen Privat-Heilanstalt in Coswig (Sachsen).
1294. - **Lehmann**, Geh. Med.-Rat, Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt in Dösen bei Leipzig, Post: Probstheida.
*1295. - **Leonhardt**, Stadtbezirksarzt in Dresden.
1296. - **Lutze**, Bezirksarzt in Oschatz.

*1297. Dr. v. Mücke, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt in Zittau (Sachsen).
1298. - Müller, Anstaltsbezirksarzt in Stollberg (Erzgeb.).
*1299. - Neumeister, Bezirksarzt in Borna (Bz. Leipzig).
1300. - Petzholdt, Med.-Rat, Bezirksarzt in Pirna.
1301. - Perthen, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Oelsnitz (Vogtl.).
1302. - Pötter, Med.-Rat, Stadtbezirksarzt in Leipzig, Leipzig-Lindenau.
1303. - Rechholtz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Freiberg (Sachsen).
1304. - Richter, San.-Rat, Gerichtsassistenzarzt in Leipzig.
1305. - Sauer, Bezirksarzt in Bautzen.
1306. - Schmidt, Bezirksarzt in Oelsnitz (Vogtl.).
*1307. - Schroeter, Ober-Med.-Rat, Bezirksarzt in Auerbach.
1308. - v. Schroeter, Bezirksarzt in Rochlitz.
1309. - Stahl, Bezirksarzt in Großenhain.
*1310. - v. Stieglitz, Med.-Rat, Bezirksarzt in Löbau (Sachsen).
1311. - Streit, Ober-Med.-Rat, Reg.- u. Med.-Rat bei der Kreishauptmannschaft in Dresden.
*1312. - Thiersch, Med.-Rat, Bezirksarzt in Dresden.
*1313. - Tietze, Bezirksarzt in Schwarzenberg (Sachsen).
1314. - Weber, Geheimer Rat in Dresden.
1315. - Wengler, Bezirksarzt in Glauchau.
*1316. - Werner, Bezirksarzt in Blasewitz bei Dresden.
1317. - Zehlert, Med.-Rat, Bezirksarzt in Chemnitz.

D. Königreich Württemberg.

1318. Dr. Andrassy, Oberamtsarzt in Böblingen.
1319. - Baur, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Blaubeuren.
1320. - Beck, Stadtarzt u. Oberamtswundarzt in Ludwigsburg.
1321. - Bilfinger, Oberamtsarzt in Neckarsulm.
1322. - Blezinger, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Cannstadt.
*1323. - Breit, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Stuttgart.
1324. - Bubenhofer, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Vaihingen (Enz).
1325. - Buder, Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt in Winnental, Post Winnenden.
1326. - Camerer, Med.-Rat, Mitglied des Medizinalkollegiums in Stuttgart.
1327. - Cless, Sanitäts-Rat, stellvertr. Stadtdirektionsarzt a. D. in Stuttgart.
1328. - Cuhorst, Oberamtswundarzt in Künzelsau.
1329. - Daiber, Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Weinsberg.
1330. - Drachter, Oberamtsarzt in Crailsheim.
1331. - Engelhorn, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Göppingen.
1332. - Essig, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Ravensburg.
1333. - Fauser, San.-Rat, dirig. Arzt am Bürger-Hospital in Stuttgart.
1334. - Finckh, Oberamtsarzt in Tettnang.
1335. - Foehr jr., Oberamtsarzt in Marbach.
1336. - Fricker, San.-Rat, Oberamtsarzt in Nagold.
1337. - Gastpar, Prof., Stadtarzt in Stuttgart.
1338. - Gaupp, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Schorndorf.
1339. - Gaupp, Oberamtswundarzt in Göppingen.

1340. Dr. Georgii, Oberamtsarzt in Geislingen (Steige).
1341. - Gnant, Oberamtsarzt in Ellwangen.
1342. - Groß, Med.-Rat, Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Schussenried.
1343. - Gutekunst, Oberarzt an der Kgl. Heil- u. Pflegeanstalt in Zwiefalten (Württ.).
1344. - Haag, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Heilbronn (Neckar).
1345. - Habermaas, Med.-Rat, ärztl. Vorstandsmitglied der Versicherungsanstalt Württemberg in Stuttgart.
1346. - Haffner, Oberamtsarzt in Langenburg.
1347. - Härlin, Oberamtsarzt in Neuenbürg.
1348. - Hardt, Distriktsarzt in Weinsberg, staatsärztl. approb.
*1349. - Heller, Med.-Rat. Oberamtsarzt in Backnang.
*1350. - Herrmann, Oberamtsarzt in Sulz (Neckar).
1351. - Höring, Hofrat, Oberamtsarzt in Weinsberg.
1352. - Hoffmann, Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Zwiefalten (Württemberg).
1353. - Hopf, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Balingen.
1354. - Jäger, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Ulm (Donau).
1355. - Kästle, Oberamtsarzt in Wangen (Allgäu).
1356. - Kemmler, Med.-Rat, Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt in Weinsberg.
1357. - Kern, Oberamtsarzt in Künzelsau.
1358. - Koch, Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt in Schussenried.
*1359. - Köstlin, Ober-Med.-Rat, Stadtdirektionsarzt in Stuttgart.
1360. - Kohlhaas, Med.-Rat, Mitglied des Medizinal-Kollegiums in Stuttgart.
1361. - Kommerell, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Waiblingen.
1362. - Krähmer, Oberamtswundarzt in Geislingen (Steige).
1363. - Krauss, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Kirchheim-Teck.
1364. - Kreuser, Med.-Rat und Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt in Winnental, Post Winnenden.
1365. - Krimmel, Med.-Rat, Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Zwiefalten (Württemb.)
1366. - Kurrer, Oberamtsarzt in Horb (Neckar).
1367. - Lang, Hofrat, Oberamtsarzt in Besigheim.
1368. - Lang, Oberamtswundarzt in Rottweil.
1369. - Lechler, Oberamtsarzt in Herrenberg.
1370. - Lieb, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Freudenstadt.
1371. - Ludwig, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Leonberg (Württ.).
1372. - Luib, Oberamtsarzt in Mergentheim.
1373. - Lutz, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Saulgau.
1374. - Maier, Oberamtswundarzt in Sulz (Neckar).
1375. - Maisch, Oberamtsarzt in Oehringen.
1376. - Mayer, Oberamtswundarzt in Tettnang.
1377. - Mayer, Viktor, Oberamtsarzt in Münsingen (Württ.).
1378. - Missmahl, Med.-Rat., Oberamtsarzt in Riedlingen (Württ.).
1379. - Müller, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Calw.
*1380. - Muntsch, Oberamtsarzt in Neresheim.

1381. Dr. Obermiller, Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Weissenau (Württemb.)
1382. - Palmer, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Biberach (Riss).
1383. - Paulus, Oberamtsarzt in Heidenheim (Brenz).
1384. - Pfäfflin, Oberamtsarzt in Urach.
1385. - Pfeilsticker, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Gmünd (Schwäb.).
1386. - Pfleiderer, Oberamtswund- u. Stadtarzt in Knittlingen.
1387. - Rank, Med.-Rat, Direktor der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt in Weissenau (Württemb.)
1388. - Ray, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Ehingen.
*1389. - v. Rembold, Medizinaldir. des Med.-Kollegiums in Stuttgart.
1390. - Rembold, Oberamtsarzt in Waldsee (Württ.).
1391. - Romberg, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Nürtingen.
1392. - Russ, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Rottweil.
1393. - Sattler, Oberamtswundarzt in Cannstadt.
1394. - Sautter, San.-Rat, Oberamtswundarzt in Laupheim.
1395. - Scheef, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Rottenburg (Neckar).
1396. - Scheurlen, Ober-Med.-Rat, Mitglied des Medizinalkollegiums in Stuttgart.
1397. - Schmid, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Brackenheim.
1398. - Schmidt, Oberamtswundarzt in Rottenburg (Neckar).
1399. - Schnekenburger, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Tuttlingen.
1400. - Schott, leitender Arzt der Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Stetten i. Remstal.
1401. - Schwarzkopf, stellv. Stadtdirektionsarzt in Stuttgart, staatsärztl. approb.
1402. - Seeger, Oberamtsarzt in Welzheim.
1403. - Sigmundt, San.-Rat, Oberamtsarzt a. D. in Spaichingen.
*1404. - Späth, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Esslingen (Neckar).
1405. - Staiger, San.-Rat, Leiter der Irrenabteilung an der Strafanstalt Hohenasperg in Asperg (Württemb.)
1406. - Staudenmayer, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Ludwigsburg.
1407. - Steinbrück, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Reutlingen.
1408. - Stoll, Oberamtsarzt in Tübingen.
*1409. - Süsskind, Med.-Rat, Oberamtsarzt in Hall (Schwäbisch).
1410. - Teufel, Oberamtsarzt in Gaildorf.
1411. - Votteler, San.-Rat, Oberamtswundarzt in Esslingen (Neckar).
1412. - Walcher, Med.-Rat. Direktor der Landes-Hebammen-Lehranstalt in Stuttgart.
1413. - Walz, Ober-Med.-Rat, Mitglied des Med.-Kollegiums in Stuttgart.
1414. - Weinland, G., Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Weissenau (Württemb.)
1415. - Weinland, Aug., Oberarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Schussenried.
1416. - Weissenrieder, Oberamtsarzt in Maulbronn.
1417. - Werner, Assistenzarzt an der Königl. Heil- u. Pflegeanstalt Winnental. Post: Winnenden.

E. Grossherzogtum Baden.

1418. Dr. Baader, Med.-Rat, Bezirksarzt in Offenburg (Baden).
1419. - Baumann, Bezirksassistenzarzt in Walldürn (Baden).

*1420. Dr. Becker, Med.-Rat, Bezirksarzt in Freiburg (Breisgau).
1421. - Bopp, Bezirksarzt in Boxberg (Baden).
*1422. - Compter, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Rastatt.
1423. - Dörner, Bezirksarzt in Schopfheim.
1424. - Eckert, Med.-Rat, Bezirksarzt in Waldkirch (Breisgau).
1425. - Ernst, Bezirksarzt in Wiesloch.
1426. - Greiff, Geh. Ober-Med.-Rat in Karlsruhe (Baden).
1427. - Guttenberg, Bezirksarzt in Freiburg (Breisgau).
1428. - Hauser, Geh. Ober-Med.-Rat in Karlsruhe (Baden).
1429. - Heinemann, Med.-Rat, Bezirksarzt in Konstanz.
1430. - Henrici, Med.-Rat, Bezirksarzt in Schwetzingen.
1431. - Herzog, Bezirksarzt in Weinheim (Bergstraße).
1432. - Hoche, Professor, Geh. Hofrat, Direktor der psychiatrischen Klinik in Freiburg (Breisgau).
1433. - Holl, Bezirksarzt in Heidelberg.
1434. - Kaiser, Med.-Rat, Bezirksarzt in Karlsruhe (Baden).
1435. - Kamm, Med.-Rat, Bezirksarzt in Bretten.
1436. - Kautzmann. Bezirksarzt in St. Blasien.
1437. - Klehe, Geh. Med.-Rat, Bezirksarzt in Bruchsal.
1438. - Kossel, Professor der Hygiene in Heidelberg.
1439. - Kramer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ettlingen (Baden).
1440. - Kroell, Geh. Hofrat, Bezirksarzt in Lahr (Baden).
1441. - Kürz, Med.-Rat, Bezirksarzt, Privatdozent u. Direktor des gerichtl.-medizinischen Instituts in Heidelberg.
1442. - Lefholz, Med.-Rat. Bezirksarzt in Emmendingen.
1443. - Manz, Bezirksarzt in Triberg.
*1444. - Mayer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Pforzheim.
1445. - Meess, Bezirksarzt in Wertheim.
1446. - Mittermaier, Geh. Med.-Rat in Heidelberg.
*1447. - Nitka, Bezirksarzt in Mannheim.
1448. - Popp, Bezirksarzt in Säckingen.
1449. - Riffel, Bezirksarzt in Neustadt (Schwarzwald).
1450. - Roth. Bezirksarzt in Reilingen.
1451. - Sartori, Bezirksarzt in Bonndorf (Schwarzwald).
1452. - Schleid, Med.-Rat. Bezirksarzt in Mannheim.
1453. - Schmid. Bezirksarzt in Meßkirch.
1454. - Schneider, Med.-Rat. Bezirksarzt in Achern (Baden).
1455. - Schöning. Med.-Rat, Bezirksarzt in Donaueschingen.
1456. - Seitz, Bezirksarzt in Eberbach (Baden).
1457. - Stark, Med.-Rat. Bezirksarzt in Lörrach.
*1458. - Stengel. Bezirksarzt in Lahr.
1459. - Stöcker, Bezirksarzt in Villingen.
1460. - Stofer, Med.-Rat. Bezirksarzt in Kehl.
1461. - Thomann. Med.-Rat. Bezirksarzt in Baden-Baden.
1462. - Thomen, Med.-Rat. Bezirksarzt in Wolfach.
1463. - Walther. Med.-Rat, Bezirksarzt in Ettenheim.
1464. - Warth. Med.-Rat. Bezirksarzt in Müllheim (Baden).
1465. - Wippermann. Med.-Rat. Bezirksarzt in Mosbach (Baden).
1466. - Wörner. Bezirksarzt in Ueberlingen.
1467. - Wohlfahrt. Med.-Rat. Bezirksarzt in Bühl (Baden).
1468. - Zix. Med.-Rat. Bezirksarzt in Mannheim.

F. Grossherzogtum Hessen.

1469. Dr. Balser, Med.-Rat, Kreisarzt in Mainz.
1470. - Best, Kreisassistenzarzt in Darmstadt.
1471. - Drescher, Kreisassistenzarzt in Mainz.
1472. - Fertig, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Worms.
1473. - Fresenius, Kreisassistenzarzt in Worms.
1474. - Groos, Med.-Rat, Kreisarzt in Bensheim.
1475. - Haberkorn, Med.-Rat, Kreisarzt in Giessen.
1476. - Hauser, Geh. Ob.-Med.-Rat in Darmstadt.
1477. - Heinricy, Kreisarzt in Lauterbach (Hessen).
1478. - Jaup, Kreisassistenzarzt in Heppenheim (Bergstraße).
1479. - Koeniger, Med.-Rat, Kreisarzt in Schotten.
1480. - Langermann, Kreisassistenzarzt in Giessen.
1481. - Lehr, Med.-Rat, Kreisarzt in Darmstadt.
1482. - Lindenborn, Med.-Rat, Kreisarzt in Gross-Gerau.
1483. - Nebel, Med.-Rat, Kreisarzt in Friedberg (Hessen).
1484. - Neidhart, Geh. Obermedizinal-Rat in Darmstadt.
1485. - Pfannmüller, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Offenbach (Main).
1486. - Schäffer, Med.-Rat, Kreisarzt in Alzey.
1487. - Schäffer, Med.-Rat, Kreisarzt in Bingen (Rhein).
1488. - Schenk, Kreisassistenzarzt in Gedern (Hessen).
1489. - Schwan, Kreisarzt in Dieburg.
1490. - Stigell, Med.-Rat, Kreisarzt in Oppenheim.
1491. - Walger, Med.-Rat, Kreisarzt in Erbach (Odenwald).
1492. - Walther, Professor, Lehrer an der Hebammen-Lehranstalt in Giessen.
1493. - Wengler, Med.-Rat, Kreisarzt in Alsfeld.
1494. - Wiessner, Med.-Rat, Kreisarzt in Büdingen (Oberhessen).

G. Grossherzogtümer Mecklenburg-Schwerin u. Mecklenburg-Strelitz.

1495. Dr. Bartsch, Med.-Rat, Kreisarzt in Parchim.
1496. - Buschmann, Kreisarzt in Gnoien.
1497. - Dannien, San.-Rat, Kreisarzt in Malchin.
1498. - Dugge, San.-Rat, Kreisarzt u. Privatdozent in Rostock (Mecklb.).
*1499. - Elfeldt, Med.-Rat, Kreisarzt in Gadebusch.
1500. - Günther, Med.-Rat, Kreisarzt in Hagenow (Mecklb.).
1501. - Müller, Geh. Med.-Rat, Medizinal-Referent bei dem Justizministerium (Abt. f. Medizinal-Angelegenheiten) in Schwerin (Mecklb.).
1502. - Mulert, Med.-Rat, Kreisarzt in Waren.
1503. - Roggenbau, Ober-Med.-Rat in Neustrelitz.
1504. - Schrakamp, Med.-Rat, Kreisarzt in Schönberg (Mecklb.).
1505. - Schuchardt, Professor, Geh. Med.-Rat, Mitglied der Mediz.-Kommission in Gehlsheim, Post: Gehlsdorf (Mecklb.).
1506. - Stephan, Med.-Rat, Kreisarzt in Güstrow.
*1507. - Unruh, Med.-Rat, Kreisarzt in Wismar.
1508. - Viereck, Med.-Rat, Kreisarzt in Ludwigslust.
1509. - Wilhelmi, Med.-Rat, Kreisarzt in Schwerin (Mecklb.).

H. Grossherzogtum Oldenburg.

1510. Dr. Barnstedt, Amtsarzt in Oldenburg (Grhzgt.).
1511. - Giesler, Med.-Rat, Physikus in Eutin.
1512. - Lübbers, Med.-Rat, Amtsarzt in Löningen.
*1513. - Heinz, Amtsarzt in Vechta.
1514. - Möhlfeld, Amtsarzt in Delmenhorst.
1515. - Rosenow, Amtsarzt in Westerstede.
1516. - Schlaeger, Med.-Rat, Landphysikus u. Landgerichtsarzt in Oldenburg (Grhzgt.).
1517. - Schmidt, Med.-Rat, Landesarzt in Idar.

I. Grossherzogtum Sachsen-Weimar.

1518. Dr. Auch. Bezirksarzt in Neustadt (Orla).
*1519. - Brauns, Med.-Rat, Bezirksarzt in Eisenach.
1520. - Flemming, Med.-Rat, Bezirksarzt in Auma.
1521. - Giese, a. o. Professor, Bezirksarzt in Jena.
*1522. - v. d. Goltz, Bezirksarzt in Dornburg.
1523. - Gumprecht, Prof., Geh. Med.-Rat in Weimar.
1524. - Knopf, Med.-Rat, Bezirksarzt in Weimar.
1525. - Löber, Med.-Rat, Bezirksarzt in Vacha.
*1526. - Michael, Bezirksarzt in Ilmenau.
*1527. - Pfeifer, Med.-Rat, Bezirksarzt in Weida.
1528. - Röhler, Med.-Rat, Bezirksarzt in Apolda.
*1529. - Rauch, Med.-Rat, Bezirksarzt in Allstedt.
*1530. - Rüdel, Bezirksarzt in Weimar.
1531. - Sarnow, San.-Rat, Bezirksarzt in Eisenach.
1532. - Sartorius, stellvertr. Bezirksarzt in Großrudestedt.
1533. - Schultheiß, Bezirksarzt in Gerstungen.
1534. - Stapff, Bezirksarzt in Dermbach (Feldabahn).
1535. - Starcke, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Vieselbach.
*1536. - Starcke, Ernst, Bezirksarzt in Vieselbach.

K. Herzogtum Anhalt.

1537. Dr. Esleben, Med.-Rat, Kreisarzt in Bernburg.
1538. - Fitzau, Med.-Rat, Kreisarzt in Ballenstedt.
1539. - Klauder, prakt. Arzt in Dessau, staatsärztl. approb.
1540. - Oehmke, Med.-Rat, Kreisarzt in Dessau.
*1541. - Richter, Reg.- u. Geh. Med.-Rat in Dessau.
1542. - Robitzsch, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Zerbst.
1543. - Weinberg, Kreisarzt in Cöthen (Anhalt).
*1544. - Schulze, prakt. Arzt in Zerbst, staatsärztl. approb.

L. Herzogtum Braunschweig.

1545. Dr. Beckhaus, San.-Rat, Physikus in Königslutter.
*1546. - Creite, Sanitätsrat, Physikus in Schöningen.
1547. - Engel, San.-Rat, Physikus in Wolfenbüttel.
*1548. - Engelbrecht, Geh. Med.-Rat, Mitglied des Landesmedizinalkollegiums in Braunschweig.
*1549. - Kloeppel, San.-Rat, Physikus in Blankenburg (Harz).
1550. - Müller, Rob., Med.-Rat, Physikus in Braunschweig.

R. Fürstentum Lippe.

1582. - Theopold, San.-Rat, [illegible]
1583. - Volkhausen, Med.-Rat, [illegible]

S. Fürstentum Schaumburg-Lippe.

1584. Dr. Burchard, Med.-Rat, Kreisphysikus in Bückeburg.
1585. - Lambrecht, Med.-Rat, Kreisphysikus in Stadthagen.
1586. - Ridder, Geh. Med.-Rat in Bückeburg.

T. Fürstentum Schwarzburg-Rudolstadt.

*1587. Dr. Biedermann, Polizeiarzt in Rudolstadt.
1588. - Graefl, Geh. San.-Rat, Physikus in Frankenhausen (Kyffh.).
*1589. - Helbach, Med.-Rat und Med.-Referent in Rudolstadt.
1590. - Sorge, Bezirksphysikus in Königsee (Thür.).

U. Fürstentum Schwarzburg-Sondershausen.

1591. Dr. Bayer, Geh. Med.-Rat, vortrag. Rat im Ministerium u. Bezirksphysikus in Sondershausen.
1592. - Müller, Med.-Rat, Bezirksphysikus in Gehren (Thür.).
*1593. - Osswald, Med.-Rat, Bezirksphysikus in Arnstadt.

V. Fürstentum Waldeck.

1594. Dr. Deetz, Oberlandphysikus in Arolsen.
*1595. - Hartwig, San.-Rat, Kreisphysikus in Corbach.
1596. - Kompe, San.-Rat in Arolsen, staatsärztl. apqrob.
1597. - Krüger, Kreisphysikus in Bad Wildungen.
1598. - Vogt, prakt. Arzt in Arolsen, staatsärztl. approb.

W. Freie und Hansastädte.

1599. Dr. Becker, Gerichtsarzt in Bremen.
1600. - Berkhan, Amtsphysikus in Bergedorf.
1601. - Cronemeyer, leitender Arzt am St. Joseph-Hospital und stellvertr. Kreisarzt in Bremerhaven.
*1602. - Ewald, Stadtarzt in Bremerhaven.
1603. - Harmsen, prakt. Arzt in Hamburg-Winterhude, staatsärztl. approb.
1604. - Hasche-Klünder, Abteilungsarzt an der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.
1605. - Kister, Prof., Abteilungsvorsteher am hygienischen Institut in Hamburg.
1606. - Maes, Physikus, Mitglied des Medizinalkollegiums in Hamburg.
1607. - Nocht, Prof., Med.-Rat in Hamburg.
1608. - Otto, Gerichtsarzt in Hamburg.
1609. - Peltzer, Hafenarzt in Bremen.
1610. - Reuter, Gerichtsarzt in Hamburg,
*1611. - Riedel, Med.-Rat, Physikus in Lübeck.
1612. - Sannemann, Reg.-Rat, Hafenarzt in Hamburg.
1613. - Schwarz, Physikus in Hamburg.
1614. - Sieveking, Physikus u. Stadtarzt, Mitglied des Medizinalkollegiums in Hamburg.
1615. - Späthe, Arthur, prakt. Arzt in Hamburg, staatsärztl. approb.
1616. - Stade, Hilfsarbeiter am Gesundheitsamt in Bremen.
*1617. - Tjaden, Prof., Geschäftsführer des Gesundheitsamts u. Direktor des bakteriologischen Instituts in Bremen.
1618. - Weidanz, Kreisarzt, stellvertretender Geschäftsführer des Gesundheitsamts in Bremen.

X. Reichsland Elsass-Lothringen.

1619. Dr. de Bary, Reg.- u. Med.-Rat in Metz, Sablon (Kr. Metz).
1620. - Belin, Kreisarzt in Straßburg (Els).

1621. Dr. **Dietz**, Med.-Rat, Kreisarzt in Barr.
1622. - **Eyles**, Med.-Rat, Kreisarzt in Metz.
1623. - **Giß**, Kreisarzt in Diedenhofen.
1624. - **Haag**, Kreisarzt in Rappoltsweiler.
*1625. - **Hecker**, Geh. Med.-Rat, Reg.- und Med.-Rat in Straßburg (Els.).
1626. - **Hoeffel**, Geh. Med.-Rat, Kreisarzt in Buchsweiler (Unter-Els.).
1627. - **Holtzmann**, Reg.- u. Med.-Rat, Landesgesundheitsinspektor in Straßburg (Els.).
1628. - **Köster**, Med.-Rat, Kreisarzt in Metz.
1629. - **Krimke**, Kreisarzt in Schirmeck.
1630. - **Kuhn**, Kreisassistenzarzt, Vorsteher der Landes-Impfanstalt in Straßburg (Elsaß).
1631. - **Levy**, Kreisassistenzarzt in Metz.
*1632. - **Meyer**, Kreisarzt in Saarburg.
1633. - **Meyer**, Kantonalarzt in Oberehnheim.
1634. - **Mosser**, Kreisarzt in Mühlhausen (Els.).
1635. - **Müller-Herrings**, Reg.- u. Med.-Rat in Colmar (Els.).
1636. - **Pawolleck**, Geh. Med.-Rat, Landesmedizinalrat in Straßburg (Els.).
1637. - **Ransohhoff**, San.-Rat, Direktor der staatl. Irrenanstalt in Stephansfeld, Post: Brumath.
1638. - **Sandner**, Direktor der Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt in Lörchingen.
1639. - **Sorgius**, Kreisarzt in Schiltigheim.
1640. - **Schäche**, Med.-Rat, Kreisarzt in Saargemünd.
1641. - **Spiegel**, Med.-Rat, Kreisarzt in Gebweiler.
1642. - **Sutter**, Kantonalarzt in St. Avold.
1643. - **Walcher**, Med.-Rat, Kreisarzt in Erstein.
1644. - **Weber**, Kantonalarzt in Weißenburg (Els.), staatsärztl. appr.
1645. - **Wollenberg**, Geh. Med.-Rat Direktor der psychiatr. Klinik in Straßburg (Els.).

Ausserdem:

1646. - **Hadlich**, Oberarzt im Garde Feld-Art.-Reg Nr. 3 in Beeskow, staatsärztl. approb.
1647. - **Wesche**, Geh. Med.-Rat in Charlottenburg 2.

Als **Gäste** nahmen an der VIII. Haupt-Versammlung teil:

Dr. **Baron**, Vorsitzender des ärztlichen Bezirksvereins Dresden-Stadt.
- **Battmann**, Hofrat und Stadtrat in Dresden.
- **Chalybäus**, Geh. San.-Rat in Dresden.

Dreßler, Stadtrat in Dresden.
Dr. **Lufft**, Ober-Med.-Rat im Ministerium des Innern in Dresden.
Dr. jur. **May**, Bürgermeister in Dresden.
Dr. **Osterloh**, Geh. San.-Rat, Vorsitzender der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden.
Dr. **Renk**, Geheimer Rat, Präsident des Landesmedizinalkollegiums in Dresden.

Außerdem die nachstehenden

Mitglieder des Reichsverbandes österreichischer Amtsärzte.

Dr. Ambrozic, Bezirksarzt, Leibnitz (Steiermark).
- Arnstein, Oberbezirksarzt, Budweis (Böhmen).
- Beck, Oberbezirksarzt, Plan (Böhmen).
- Bilinski, Sanitätskonzipist, Peczenizyn (Galizien).
- Bloch, Oberbezirksarzt, Cáslau (Böhmen).
- Bouz, Sanitätskonzipist, Prestitz (Böhmen).
- Brezina, Landessanitätsinspektor, Graz (Steiermark).
- Ceipek, Edler von, Bezirksarzt, Innsbruck (Tirol).
- Czyzewicz, Oberbezirksarzt, Jaroslaw (Galizien).
- Danielski, Oberbezirksarzt, Rzeszow (Galizien).
- Eberstaller, Prof., Stadtphysikus, Obersanitätsrat, Graz (Steiermark).
- v. Eysselt, Bezirksarzt, Littau (Mähren).
- Franke, Bezirksarzt, Salzburg.
- Friedl, Oberbezirksarzt, Zizkow (Böhmen).
- Gottlieb, Oberbezirksarzt, St. Joachimstal (Böhmen).
- Graeffe, Oberbezirksarzt, Görz (Küstenland).
- Groh, Sanitätskonzipist, Schüttenhofen (Böhmen).
- Habit, Bezirksarzt, Efending (Oberösterreich).
- Haimel, Bezirksarzt, Graz (Steiermark).
- Hlinecky, Bezirksarzt, Jicin (Böhmen).
- Hofmann, Bezirksarzt, Wien.
- Horst, Sanitätskonsulent im Ministerium für öffentliche Arbeiten, Wien.
- Kaan, Oberbezirksarzt, Mährisch-Ostrau (Mähren).
- Klima, Bezirksarzt, Chrudim (Böhmen).
- Klocek, Bezirksarzt, Sereth (Bukowina).
- Kocwa, Bezirksarzt, Bobrka (Galizien).
- Kokall, Sanitätsrat, Stadtphysikus, Brünn (Mähren).
- Kolben, Polizeibezirksarzt, Wien.
- Kramarzynski, Landessanitätsinspektor, Lemberg.
- Krejci, Oberbezirksarzt, Boskowitz (Mähren).
- Landesmann, Polizeibezirksarzt, Wien.
- Liemann, Oberbezirksarzt, Amstetten (Niederösterreich).
- Loewy, Sanitätskonzipist, Grybow (Galizien).
- Malkovsky, Oberbezirksarzt, Pisek (Böhmen).
- Melzer, Oberbezirksarzt, St. Pölten (Niederösterreich).
- Morunowicz, Sanitätskonzipist, Myslenice (Galizien).
- Metzl, Oberbezirksarzt, Friedland (Böhmen).
- Müller, Oberbezirksarzt, Reichenberg (Böhmen).
- Müller, jun., Sanitätskonzipist, Feldkirch (Vorarlberg).
- Müller W., Sanitätskonzipist, Podersam (Böhmen).
- Nowotny, Oberbezirksarzt, Freistadt (Schlesien).
- Obtulowicz, Oberbezirksarzt, Lemberg.
- Orthner, Landessanitätsinspektor, Linz (Oberösterreich).
- Orthner jun., Sanitätskonzipist, Ried (Oberösterreich).
- Paul, Direktor der Staatsimpfanstalt, Wien.
- Plachetsky, Bezirksarzt, Podĕbrad (Böhmen).

Dr. **Pollack**, Polizeibezirksarzt in Wien.
- **Popper**, kais. Rat, Polizeibezirksarzt, Wien.
- **Porges**, Oberbezirksarzt, Neutitschein (Mähren).
- **Puschnig**, Sanitätsassistent, Klagenfurt (Kärnten).
- **Pustovka**, Bezirksarzt, Teschen (Schlesien).
- **Reibmayr**, Sanitätskonzipist, Innsbruck (Tirol).
- **Reischer**, Polizeibezirksarzt, Wien.
- **Rob**, Bezirksarzt, Prag.
- **Rosenberg**, Polizeiarzt, Czernowitz (Bukowina).
- v. **Rositzky**, Landessanitätsinspektor, Sanitätsrat, Troppau (Schlesien).
- **Ryback**, Oberbezirksarzt, Neuhaus.
- **Sagasser**, Ritter von, Sanitätskonzipist, Gänserndorf (Niederösterreich).
- **Schaffrann**, städt. Bezirksarzt, Wien.
- **Schmid**, Stadtphysikus, Klagenfurt (Kärnten).
- **Schrenckh**, Sanitätskonzipist, Wien.
- **Singer**, Oberbezirksarzt, Znaim (Mähren).
- **Sorger**, städt. Amtsarzt, Graz.
- **Spitzer**, Statthaltereirat, Landessanitätsreferent, Brünn.
- **Stadler**, Regierungsrat, österr. Regierungskommissär für die intern. Hygiene-Ausstellung, Wien.
- **Strauß**, Oberbezirksarzt, Triest (Küstenland).
- **Tamaro**, Oberbezirksarzt, Triest (Küstenland).
- **Tauber** Bezirksarzt, Brünn.
- **Theimer**, Oberbezirksarzt, Trautenau (Böhmen).
- **Tlusty**, Sanitätskonzipist, Mühlhausen (Böhmen).
- **Urbauer**, Oberbezirksarzt, Neunkirchen (Niederösterreich).
- **Varda**, Bezirksarzt, Luttenberg (Steiermark).
- **Vezwald**, Polizeiarzt, Pribram.
- **Vodnansky**, Oberbezirksarzt, Brüx (Böhmen).
- **Wolff**, Oberbezirksarzt, Dux (Böhmen).
- **Wozelka**, Oberbezirksarzt, Hartberg (Steiermark).
- **Würffel**, Polizeibezirksarzt in Wien.



5.

32
30
28
26
24
22
20
18
16
14
12
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0
10

32
30
28
26
24
22
20
18
16
14
12
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

5.

32
30
28
26
24
22
20
18
16
14
12
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Offizieller Bericht

über die

VII. Landesversammlung

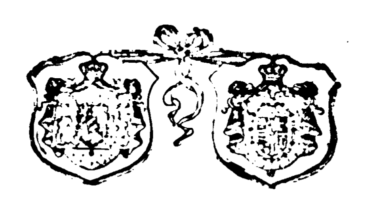
des

Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins (E. V.).

—×—

Bamberg

am 23. Oktober 1910.



Berlin 1911.
FISCHER'S MEDIZINISCHE BUCHHANDLUNG
H. Kornfeld.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. u. K. Kammer-Buchhändler

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

Eröffnung der Versammlung.

Med.-Rat Dr. Henkel-München, Vorsitzender:

M. H.! Als Landesvorsitzender eröffne ich die Versammlung und heiße alle Anwesenden herzlich willkommen. Ich erfülle die ehrenvolle Pflicht zu begrüßen die Herren Ministerialrat Prof. Dr. Dieudonné, Ober-Reg.-Rat Huber und Bezirksarzt Dr. Gebhardt als Vertreter des K. Staatsministeriums des Innern, die Herren Reg.- u. Med.-Räte Prof. Dr. Messerer, Dr. Utz, Dr. Burgl, Dr. Obermayer, Dr. Egger und Med.-Rat Dr. Böhm als Vertreter der Kreisregierungen, die Herren Oberbürgermeister Lutz und Stadtbaurat Schmitz als Vertreter der Stadt Bamberg.

Wir tagen heute in dem ehren- und sagenreichen, blühenden Bamberg, einer Perle im Kranze unserer schönen Bayernstädte, in dem alten siebenhügeligen Bischofssitz des Frankenlandes, reich an Gaben der Natur und der Kunst. Wir freuen uns, in Bamberg und noch dazu in der Harmonie versammelt zu sein. Mögen wir uns in Eintracht zu ernstem und heiterem Tun heute zusammengefunden haben!

I. Entwurf einer Dienstanweisung für die Bezirksärzte.

Med.-Rat Dr. Henkel-München: M. H.! Es ist zwar oft erwähnt worden, indessen noch nicht allgemein bekannt, in welch hohem Maße vor 100 Jahren die Regierung des jungen bayerischen Königreiches sich des Medizinalwesens angenommen hat.

Das sogenannte organische Edikt vom 9. September 1808 nennt das Medizinalwesen einen der wichtigsten Teile der Staatspolizei und äußert:

„Durch eine gute Bestellung desselben können allein die ersten Bedingnisse zum individuellen Wohle eines jeden einzelnen Staatsbürgers im Zusammenhang mit dem allgemeinen Wohle erreicht und dauerhaft erhalten werden. . . . . Wir haben beschlossen, das Ganze in eine zweckmäßige Verbindung und einen der notwendigen Ordnung günstigen Zusammenhang zu bringen und zugleich den übrigen Verwaltungszweigen anzupassen. Die ärztlichen Staatsbürger befassen sich offenbar mit dem mühevollsten und gefährlichsten Teile der Dienstleistungen im gesellschaftlichen Verbande; es ist ihre Würde und Subsistenz zu sichern.“

In § 11 sind die Pflichten, Obliegenheiten und Rechte der Gerichtsärzte zusammengestellt; sie sind in Kürze genannt:

a) Die Aufgabe, die ergangenen Verordnungen zu befolgen und dem ärztlichen Personal zur Kenntnis zu geben mittels Zirkulares durch die Polizeibehörde des Distriktes. Bei Verstößen ärztlicher Individuen gegen Verordnungen hat der Gerichtsarzt zuerst zu erinnern, dann dem Kreiskommissariat Anzeige zu erstatten.
b) Aerztliche Individuen haben sich unter Vorlage ihrer Papiere beim Gerichtsarzt anzumelden.
c) Listenführung des ärztlichen Personals mit Notizen.
d) Erholung der Listen und Entgegennahme der Anzeigen, welche dem ärztlichen und niederärztlichen Personal, auch den Apothekern pflichtgemäß obliegen. Bei mangelhafter Würdigung von Klagen und dergl. von seiten der Gerichtsärzte steht Rekurs zum Kreiskommissariate offen.
e) Aus den eingesandten Geburts- und Sterbelisten revidiert der Gerichtsarzt Populationstabellen. Anzeigepflicht der Aerzte über gehäufte und kontagiöse Krankheiten und medizinische Merkwürdigkeiten.
f) Besondere Aufzeichnungen des Gerichtsarztes über gewöhnliche und außergewöhnliche Krankheiten; unverzügliche Meldung beim Kreis-Kommissariat über Epidemien und Epizootien.
g) Witterungsbeobachtungen, Materialsammlung zur medizinischen Topographie des Bezirkes; Monatsbericht darüber an das Kreiskommissariat.
h) Die den Gerichtsärzten obliegende gesetzliche Schutzpockenimpfung.
i) Aufsicht auf Krankenhäuser, Pfründe, Gebär-, Irrenhäuser, Schul-, Leichenhäuser, Friedhöfe, Gefängnisse, auf die Verpflegung der dem Staate angehörigen Waisen, auf die Badeanstalten, Materialienhändler.
k) Apothekenaufsicht, Visitationen, Rechnungsrevisionen.
l) Ueberwachung der Befolgung der Taxordnung durch das übrige medizinische Personal.
m) Aufsicht auf medizinische Pfuscherei.
n) Auswahl der Bewerber um Aufnahme auf Gemeindekosten in den Unterricht als Landärzte, Tierärzte, Kurschmiede, dann der Apothekerlehrlinge und Hebammenkandidatinnen.
o) Irrenaufsicht.
p) Ausstellung von Zeugnissen für Arme, Kranke, Unterstützungsbedürftige.
q) Abgabe von Gutachten über sanitäre Verhältnisse, z. B. Nahrungsmitteluntersuchungen, Beziehen von Neubauten und dergl.
r) Untersuchung auf Militärtauglichkeit.
s) Gerichtlich-medizinische Tätigkeit zunächst für die Untergerichte.

Gleich der nächste § 12 verspricht:

„Für alle Gerichtsärzte des ganzen Reiches werden wir unverzüglich umfassende, die vorgezeichneten Rechte, Pflichten und Obliegenheiten genauer bestimmende Instruktionen entwerfen und Formularien und Normen verzeichnen lassen."

Es muß uns mit Befriedigung und Hochschätzung erfüllen, wenn wir erfahren, wie vor 100 Jahren bereits die Bedeutung der amtsärztlichen Stellung und Aufgaben bis ins Detail erkannt wurden. Wie auch aus anderen in die ersten Jahrzehnte des vorigen Jahrhunderts fallenden gesetzlichen Vorschriften und Erlasse — ich erinnere nur an die Hebammeninstruktion, worüber ich in früherer Versammlung berichtet habe — läßt sich aus dem organischen Edikt erkennen, mit welch warmem, verständnisvollem Streben die Staatsbehörde das Gesundheitswesen behandelt hat.

Freilich die in Aussicht gestellten umfassenden Amtsinstruktionen sind nicht erlassen worden.

Unser sozial-hygienischer Kollege, Bezirksarzt Dr. Grassl, hat in ärztlichen Vereins-Sitzungen darauf Bezug genommen, wie die Kriegszeiten im Anfange des 19. Jahrhunderts dem Staate

die Notwendigkeit nahelegten, auf das Menschenmaterial und dessen Gedeihen zu achten, wie späterhin, als sich im Frieden unsere deutschen Stämme wieder rasch vermehrten, der Eifer für die sanitären Maßnahmen mehr abflaute. Er hat auch eines Umstandes erwähnt, der charakteristisch und zutreffend bezeichnet wurde:

Die Initiative des Herrn Gerichtsarztes, des Herrn Physikus, war in unserem Vaterlande Jahrzehnte lang auf keiner sonderlichen Höhe. Der ehrengeachtete Mann blieb eine Respektsperson, die zu einer Zeit, da es noch nicht viele Spezialisten gab, da die Verkehrsverhältnisse noch schwieriger waren, auch als Praktikus und Konsiliarius eine bedeutende Rolle spielte. „Dat Galenus opes justinianusque honores“ paßte sehr, wenn der bayerische Amtsarzt auf das Erträgnis blickte, das ihm eine Aurea-Praxis eintrug, gegenüber dem nicht zu unterschätzenden Titel des Landgerichtsphysikus mit seiner spärlichen Besoldung von 600 Gulden. In dieser Zeit ließ sich aber der Gerichtsarzt immer mehr die Bedeutung seiner amtlichen Stellung entwinden; die Forderungen der Hygiene waren noch nicht sehr laut geworden und insbesondere die Einführung der gesonderten Verwaltungsbeamten der Bezirksämter, stellte den umsichtigen, tätigen Bezirksamts-Vorstand auch sachlich über den Bezirksamtsarzt.

Unserer Zeit war es vorbehalten, wieder das gesunde Gleichgewicht herzustellen. Die Aufgabe unserer Zeit ist es, dieses Ebenmaß zu wahren und dadurch ein ersprießliches, freies und freudiges Zusammenwirken von Staats-, Verwaltungs- und Gesundheitsbeamten zu gewährleisten.

Bei der vorjährigen Versammlung unseres Vereins in der schwäbischen Kreishauptstadt hielt ich es für meine Pflicht, darauf hinzuweisen, daß die Amtsärzte Bayerns gemeinsame Gesichtspunkte und Bestimmungen als Richtschnur und Anleitung ihrer amtlichen Tätigkeit haben sollten, und Anstoß zu Beratungen über Form und Inhalt unserer Amtsführung, zur Schaffung einer gemeinsamen Grundlage zu geben.

Eine Fülle von Anregungen hat schon der Beckersche Vortrag über den amtsärztlichen Dienst in Bayern gegeben. Ich brachte nun unseren Wunsch zum Ausdruck, daß die Staatsregierung im Benehmen mit dem Medizinalbeamtenstande eine solche Anweisung, einen Geschäftsplan mit näherer Bezeichnung der amtlichen Aufgaben und der Dienstführung aufstellen möge. Und jetzt haben wir bereits eine Dienstanweisung in mehrtägigen Beratungen im Entwurfe durchgenommen, den uns die K. Staatsregierung überwiesen hat.

Am 1. September 1909 kam eine neue Dienstanweisung für die Kreisärzte im Königreich Preußen heraus. Bei der Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins im April laufenden Jahres wurde nach Besprechung der neuen Dienstanweisung geäußert: Bei einer etwaigen späteren Neufassung empfiehlt es sich, den Entwurf einige Zeit vorher behufs allgemeiner Erörterung in den amtlichen Konferenzen der Medizinal-

beamten bekanntzugeben. Unser Medizinalbeamtenverein erhielt zu eingehender Beratung durch Delegierte unter Mitwirkung von Ministerialbeamten und zum Vortrage in der Landesversammlung den Entwurf zugeleitet. Wir haben daher allen Grund, hierfür dem K. Staatsministerium unseren ehrerbietigsten Dank zum Ausdrucke zu bringen mit der Bitte, unsere Wünsche und Anträge einer wohlwollenden Prüfung unterziehen und zum Vollzuge gedeihen zu lassen.

Wir tragen die einzelnen Teile des Entwurfes der Dienstanweisung vor, wie ihn die Delegierten in den beiden letzten Tagen durchberaten haben.

I. Abteilung.

Dienstverhältnisse des Bezirksarztes im allgemeinen.

Allgemeine Amtspflichten.

Der Bezirksarzt ist der technische Gesundheitsbeamte für den Bezirk der Distriktsverwaltungsbehörde. Er ist der Gerichtsarzt für die zugehörigen Amtsgerichte, sofern nicht der gerichtsärztliche Dienst von einem anderen hierzu bestellten Arzte versehen wird; er hat auch in den zur Zuständigkeit der Landgerichte gehörigen Strafsachen auf Ersuchen der staatsanwaltschaftlichen und gerichtlichen Behörden gerichtsärztliche Dienste zu leisten.

Zu diesem Paragraph wurde die Anregung gegeben, statt „technischer Gesundheitsbeamte" einfach „der Gesundheitsbeamte" zu setzen. Es wurde der Antrag angenommen: „Der Bezirksarzt ist die Medizinalbehörde für den Bezirk der Distriktsverwaltungsbehörde." Ferner wurde die Anregung angenommen, den gerichtsärztlichen Dienst an Sitzen von Landgerichtsärzten dem Landgerichtsarzte zu übertragen.

Amtsbezirk.

Bezüglich der Einteilung der Amtsbezirke und Amtssitze verbleibt es wie bisher.

Der Bezirksarzt führt die Amtsbezeichnung: K. Bezirksarzt des Bezirksamtes N., der Stadt N., des Bezirksamts und der Stadt N., je nachdem er bei einem Bezirksamt und einem kreisunmittelbaren Stadtmagistrat aufgestellt ist. Der Bezirksarzt führt ein der Amtsbezeichnung entsprechendes Dienstsiegel.

Von den Delegierten wird der Antrag angenommen:

„An den Amtssitzen, an welchen nur ein Bezirksarzt ist, soll es bei der bisherigen Bezeichnung verbleiben."

Der Bezirksarzt trägt eine Galauniform und eine Geschäftsuniform nach den bisherigen Vorschriften.

Der Bezirksarzt wird im Auftrage der Regierung durch den Vorstand der Distriktsverwaltungsbehörde, in München durch den Präsidenten der Polizeidirektion verpflichtet und in den Dienst eingewiesen.

Der Bezirksarzt hat bei der Verpflichtung den Diensteid und, sofern dies nicht schon früher geschehen ist, den Verfassungs-

eid zu leisten. Mit der allgemeinen Verpflichtung wird die besondere Verpflichtung als Impfarzt verbunden.

Zu diesem Paragraph wird der Antrag angenommen:

„Verpflichtung und Dienstleistung soll durch die K. Regierung erfolgen."

Das Diensteinkommen des Bezirksarztes setzt sich zusammen:

1. aus dem Gehalte der Klasse XII der Gehaltsordnung,
2. aus den ihm verordnungsgemäß zugewiesenen Gebühren, nämlich:
   a) den Impfgebühren,
   b) den besonderen Gebühren für amtsärztliche Dienstleistungen bei Behörden nach der Gebührenordnung.

Die Berechnung von Tagegeldern und Reisekosten bemißt sich nach den für auswärtige Dienstgeschäfte der Beamten des Zivilstaatsdienstes geltenden Bestimmungen. Insoweit der Bezirksarzt selbständig Verwaltungsgeschäfte erledigt, Gemeinde- und Distriktsverwaltungsbehörden auf dem Gebiete der Gesundheit berät, insoweit er ferner in sonstigen Verwaltungsgeschäften tätig wird und die Kosten dem Staate zur Last fallen, sind Tagegelder und Reisekosten auf eine Bauschsumme zu verrechnen, deren Höhe vom Ministerium des Inneren festgesetzt wird.

Zur Bestreitung der Kosten für die Anschaffung der vorgeschriebenen Amtsblätter und wissenschaftlichen Zeitschriften, das Einbinden dieser Blätter und für sonstige Regiebedürfnisse bezieht der Bezirksarzt ein Aversum, dessen Höhe vom Ministerium des Innern festgesetzt wird. Für außerordentliche Anschaffungen, Obduktionsinstrumentarium usw. kann ein besonderer Kredit eröffnet werden.

Hierzu wird eingehend die Anregung begründet, die beträchtlichen Auslagen für Raummiete, Beheizung, Beleuchtung, Untersuchungsapparate, Schreibhilfe, Bücher, Telephon als Amtsunkosten zu entschädigen.

Stellvertretung.

Bei Beurlaubung oder Erkrankung des Bezirksarztes, ferner bei Erledigung einer Bezirksarztstelle kommen als Vertreter in Betracht:

1. ein am gleichen Orte befindlicher Bezirksarzt,
2. ein am gleichen Orte befindlicher Landgerichtsarzt,
3. ein benachbarter Bezirksarzt,
4. ein dem Bezirksarzt zugeteilter Assistenzarzt, wenn ein solcher zur Uebernahme der Stellvertretung in der Lage ist,
5. ein gegen Vergütung besonders aufzustellender praktischer Arzt, der womöglich aus den für den Staatsdienst geprüften Aerzten zu wählen ist.

Die Uebertragung der Stellvertretung erfolgt in der Regel in der angegebenen Reihenfolge.

Soweit Amtsärzte Vertreter sind, erhalten sie für die Vertretung keine Vergütung, dagegen (Antrag: mit Ausnahme der Assistenzärzte) die anfallenden Gebühren für amtsärztliche Dienst-

leistungen. Tagegelder und Reisekosten sind, soweit die Kosten aus dem Aversum zu bestreiten sind, durch sämtliche Vertreter aus der Bauschvergütung des zu vertretenden Bezirksarztes zu decken.

Die Bezirksärzte sind verpflichtet, den Dienst der Landgerichtsärzte bei Beurlaubung oder Erkrankung eines Landgerichtsarztes und Erledigung einer Landgerichtsarztstelle zu versehen; sie beziehen für die Dauer der Vertretung die den Landgerichtsärzten zukommenden besonderen Gebühren und Entschädigungen für auswärtige Dienstreisen.

Dem Bezirksarzt ist die Ausübung der ärztlichen Praxis gestattet, soweit sie mit der ordnungsgemäßen Erfüllung seiner Dienstaufgaben vereinbar ist.

Zur Uebernahme der Stelle eines Krankenhausarztes oder Kassenarztes ist die Genehmigung der vorgesetzten Dienststelle erforderlich.

§ 12 bespricht die Fortbildung des Bezirksarztes. Hierzu kam die Anregung, auch die Vorschriften und Entschließungen der einzelnen Kreisregierungen sollen gesammelt werden.

Der Bezirksarzt ist dem Staatsministerium des Innern und der Regierung, Kammer des Innern, unterstellt. Eingaben an das Staatsministerium sind der Regierung, Kammer des Innern, vorzulegen. Der Bezirksarzt verkehrt mit der Regierung, Kammer des Innern, unmittelbar in jenen Angelegenheiten, die ihm zur selbständigen Erledigung überwiesen sind. Im übrigen sind die Berichte des Bezirksarztes, vor allem der Jahresbericht, an die vorgesetzte Dienstaufsichtsstelle durch die Distriktsverwaltungsbehörde zu leiten. Anderseits sind Berichte der Distriktsverwaltungsbehörde an die vorgesetzte Dienststelle, soweit sie gesundheitliche Angelegenheiten im Bezirke betreffen, vor ihrer Absendung dem Bezirksarzt zur Kenntnisnahme mitzuteilen. Dem Bezirksarzt steht es frei, solchen Berichten eine besondere Aeußerung beizufügen.

Dienstaufsicht über den Bezirksarzt übt die Regierung, Kammer des Innern, aus. Sie läßt die Amtsführung des Bezirksarztes durch den Regierungs- und Medizinalrat in mehrjährigen Zwischenräumen einer Prüfung an Ort und Stelle unterziehen.

Die Qualifikation des Bezirksarztes erfolgt durch die Regierung, Kammer des Innern.

§ 16 bespricht das Verhältnis zu anderen Behörden und Beamten, mit welchen der Bezirksarzt in steter Fühlung und Wechselbeziehung sein soll, die auch ihn wiederum in seinem Amte unterstützen sollen.

Hierzu kam die Anregung, es wollen sämtliche in das bezirksärztliche Fach einschlägige Ministerial- und Regierungsentschließungen den Bezirksärzten in eigener Abschrift zugestellt werden.

§ 17 bespricht das Verhältnis zu den Privatpersonen. Soweit die Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse nicht zu den

Obliegenheiten des Bezirksarztes gehört, hat er sich ihrer zu enthalten. Für Privatpersonen, die nicht in seinem Amtsbezirke wohnen, darf die Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse nur in dringenden Fällen oder mit Genehmigung der Dienstaufsichtsbehörde erfolgen.

Im übrigen bemessen sich die dienstlichen Verhältnisse des Bezirksarztes nach den allgemeinen Vorschriften des Beamtengesetzes für etatsmäßige Beamte.

Anhang: Dienstverhältnisse der Assistenzärzte der Bezirksärzte.

Bei Bedarf können dem Bezirksarzte vom Staatsministerium des Innern ein oder mehrere für den Staatsdienst geprüfte Aerzte als Assistenten beigegeben werden. Die Assistenten sind Beamte im Sinne des Beamtengesetzes und unterstehen der Dienstaufsicht der Regierung, Kammer des Innern. Sie werden durch die Distriktsverwaltungsbehörden eidlich verpflichtet und durch den Bezirksarzt in ihr Amt eingewiesen.

Die Dienstaufgaben der Assistenzärzte werden von der Regierung in einer Dienstordnung, im übrigen durch die Anordnung des Bezirksarztes bestimmt. Die Assistenzärzte haben im allgemeinen die ihnen zugeteilten Dienstgeschäfte unter Aufsicht und Verantwortung des Bezirksarztes zu erledigen; es kann ihnen auf Antrag des Bezirksarztes von der Regierung ein Teil der bezirksärztlichen Geschäfte zur selbständigen Erledigung übertragen werden. Die Assistenzärzte beziehen für ihre Dienstleistung eine vom Ministerium des Innern festzusetzende Vergütung; die Ausübung der ärztlichen Praxis kann den Assistenzärzten in der Anstellungsentschließung oder Dienstordnung untersagt werden (vom Ministerium bezw. von der Regierung).

Den Assistenzärzten kann von der Regierung, Kammer des Innern ein Urlaub von 3 Wochen bewilligt werden.

Es wurde hierzu bemerkt, daß für besondere Fälle, z. B. die Gewährung längeren Urlaubes, das K. Staatsministerium andere Bestimmung treffen könne.

II. Abteilung.

Art und Umfang der Obliegenheiten des Bezirksarztes.

Bezirksarzt Dr. Grassl-Lindau: Diese Abteilung wird in äußerst durchsichtiger und vollkommener Weise behandelt. Sie unterscheidet einen allgemeinen und einen speziellen Teil. Die Tätigkeit, welche in Zukunft der Bezirksarzt auszuüben hat, besteht in der selbständigen Erledigung von Verwaltungsgeschäften, in der Beratung und Unterstützung der Gemeinde- und Distrikts-Verwaltungsbehörden auf dem Gebiete des Gesundheitswesens; in der Ueberwachung des Vollzugs der einschlägigen Gesetze, Verordnungen und Verwaltungsanordnungen; dann in der Beratung und Unterstützung sonstiger öffentlicher Behörden und Beamten auf dem Gebiete des Gesundheitswesens; in der Ausstellung der amtsärztlichen Zeugnisse, Gutachten an Behörden; in der Wahr-

nehmung des gerichtsärztlichen Dienstes bei den Amtsgerichten seines Bezirkes; ferner ist ihm zugeteilt die öffentliche Impfung und die Leistung der ärztlichen Hilfe in Notfällen. Der bisher bestehende Zwang, die Armen zu behandeln, ist weggefallen. Bei dem Begriffe „Impfung" hat sich in der Delegierten-Versammlung eine sehr eingehende Diskussion ergeben, und zwar hat man sich zum Schlusse darüber einstimmig geeinigt, an die Königl. Staatsregierung den Antrag zu stellen, die Bezirksarztstellvertreter aufzuheben. Die Gründe, welche die Delegierten-Versammlung zu diesem Votum veranlaßten, waren verschiedenartige. Man sagte, daß der Bezirksarztstellvertreter an die Stelle der Bezirksärzte 2. Klasse getreten sei, und während die Bezirksärzte 2. Klasse noch Verwaltungsgeschäfte ausgeführt haben, tut das der jetzige Bezirksarztstellvertreter nicht mehr. Dann hat sich seit der Einführung der Bezirksarztstellvertreter eine wesentliche Veränderung sowohl bei den Amtsgerichten, als auch bei den Bezirksämtern ergeben. Es haben sich die Verkehrsverhältnisse geändert; die Bedeutung der kleinen Amtsbezirke ist zurückgegangen, indem sie relativ nicht mehr mit der Bevölkerung mitgingen, weil sie in der Regel ferne von dem Geschäfts-Zentrum liegen. Dann ist die Besorgnis, warum man die Bezirksarztstellvertreter gelassen hat, nämlich, daß man in den kleinen Amtsgerichten keinen Arzt mehr finden könne, nicht mehr gültig bei dem großen Andrang zum ärztlichen Studium. Ferner hat man die Aushilfsgefängnisse, die früher bei den Amtsgerichten waren, größtenteils aufgehoben; der gerichtsärztliche Dienst ist auch an und für sich ein anderer geworden, weil die Beweisführung eine freiere wurde und dadurch die Tätigkeit des Amtsarztes in der Straf-Rechtsprechung bei Verletzungen zurückgegangen ist, während die des behandelnden Arztes zugenommen hat.

Die Aenderung für die Bezirksärzte besteht auch darin, daß die Bezirksärzte, deren freie Praxis immer mehr eingeschränkt wurde — in größeren Bezirken ist sie sicher sehr wenig, vielleicht auch ganz unmöglich — nun durch die neue Dienstordnung wieder einen großen Zeitraum frei bekommen zur Versehung der Geschäfte des entfernten Amtsgerichtes.

Dann hat sich auch die Hygiene vollständig geändert. Während früher es nicht so notwendig war, daß entlegene Orte auch mit der allgemeinen Hygiene des Landes mitgingen, ist dies Erfordernis heutzutage unerläßlich bei der Fluktuation der Bevölkerung. Bei dem Hineindrängen der Bevölkerung des Landes in die Stadt und dem zeitweiligen Zurückströmen aus der Stadt auf das Land ist es absolut notwendig, daß eine gewisse Gleichheit herrscht, und daß auch das entlegenste Amtsgericht mit der allgemeinen Hygiene gleichen Schritt hält.

Eine weitere Aenderung hat sich seit der Aufstellung der Bezirksarztstellvertreter ergeben dadurch, daß früher alle Aerzte das Staatsexamen hatten, während heute das Physikatsexamen abgelegt werden muß, wodurch die Auswahl verringert wurde. Die Beurteilung der Geisteskrankheiten und der Jugendlichen

erfordert spezielle Kenntnisse und große Erfahrung, wie sie der oft selbst fast noch jugendliche und noch dazu ungeprüfte Stellvertreter in manchen Fällen nicht hat. Ferner hat sich auch das Objekt der Rechtsprechung verändert. Die Fälle der Gewerbehygiene, sowie der allgemeinen Hygiene, die Gegenstand der Rechtsprechung sind, haben sich durch die moderne Gesetzgebung ganz entschieden vermehrt; es ist deshalb unerläßlich nach meiner Anschauung und nach der der Herren, die sich hierüber geäußert haben, daß der Bezirksarzt die polizeiliche Begutachtung in solchen Strafrechtsfällen bekommt, damit er einen Einblick in die Verhältnisse des entlegenen Teiles des Bezirksamtes erhält. Ferner wird man nicht umhin können, in Entmündigungsfällen die Bezirksärzte heranzuziehen, da sie ja auch die Beaufsichtigung der Entmündigten haben, wie es auch in Norddeutschland der Fall ist. Dieselben Gründe, die in Norddeutschland für die Begutachtung der Entmündigung durch den Amtsarzt maßgebend waren, haben auch wir. Ferner wird bei der Verurteilung von Kurpfuschern der Bezirksarzt der regelrechte Sachverständige sein und nicht der exponierte Amtsgerichtsstellvertreter, da sie ja die Aufsicht über die Pfuscher bekommen. Die Tätigkeit des Amtsarztes des Amtsgerichtes hat sich entsprechend der Aenderung der Strafhandlungen von den Körperverletzungen auf gewerbliche, hygienische und sonstige polizeiliche Fälle verschoben, wofür der Verwaltungsarzt der zuständige Begutachter ist. Dann, meine Herren, ist es kein Zweifel, und es wurde, soviel ich mich erinnere, auch in der Delegiertenversammlung vor 3 Jahren besprochen, daß die kleinen Bezirke, wie wir sie in Bayern haben, nicht im Einklang stehen mit unseren modernen sozialen und politischen Beziehungen, mit unseren großen Verkehrsverhältnissen. Es ist auch wünschenswert, daß der Bezirksarzt seinen ganzen Bezirk beherrscht. Der Bezirksarzt kann zweifellos gerade bei der Impfung die Bevölkerung gut kennen lernen; es ist dies die einzige Gelegenheit, wo die ganze Bevölkerung an ihm vorbeimarschiert, wo er anthropologische Beobachtungen machen kann. Alle anderen amtsärztlichen Tätigkeiten, die ebenfalls eine Annäherung an die Bevölkerung ermöglichen, geben uns keine solche Möglichkeit, mit den zukünftigen Anempfohlenen des Bezirkes so nahe in Beziehung zu treten, wie gerade die Impfung. Es ist zweifellos, daß gerade bei der Impfung ein außerordentlicher Einfluß auf die Bevölkerung ausgeübt werden kann. Wir könnnen sowohl das Säuglingswesen, wie alle anderen anthropologischen Beziehungen bei der Impfung am besten wahrnehmen.

Das waren die Gründe, welche die Delegiertenversammlung dazu bestimmten, den Antrag zu stellen, einstimmig, es mögen die Bezirksarztstellvertreter aufgehoben werden. Wir Bezirksärzte haben keinen Grund zu verlangen, daß der Gefängnisdienst zu uns kommt, und wünschen es auch gar nicht, daß wir in Fällen, wo nicht polizeiliche Angelegenheiten Gegenstand der Beurteilung des Amtsgerichtes sind, zugezogen werden; allein ob es sich dann noch lohnt, eigene Beamte aufzustellen und diese Stellen beizu-

behalten, müssen wir dem höheren Ermessen unserer Dienstbehörde überlassen.

Dann, meine Herren, hat sich bei dem Worte „Notfall“ eine Besprechung ergeben, die Ihnen später erläutert wird.

Nach § 21 werden zur selbständigen Erledigung dem Bezirksarzte überwiesen: die Entgegennahme der An- und Abmeldungen der Medizinalpersonen; die Ueberwachung des ärztlichen Hilfspersonals (Bader, Hebammen), der nichtärztlichen Leichenschauer usw. in bezug auf die technische Seite ihrer Berufsausübung; die Ueberwachung der Apotheken und des Verkehrs mit Heilmitteln und Giften außerhalb der Apotheken; die Ueberwachung der Pflege der Kostkinder, Epileptischen, Blöden und Geisteskranken, die nicht in öffentlichen Anstalten untergebracht sind; die vorläufigen unverschieblichen Ermittelungen und Anordnungen zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, letzteres eine alte Forderung der Hygiene, die nun die Königliche Staatsregierung uns gewährt hat. Die weiter folgenden kleinen Bestimmungen über die verwaltungsärztliche Tätigkeit vorzuführen, ist wohl nicht nötig; es ist darin nur das verlangt, was ein guter Amtsarzt bisher ohnehin schon befolgt hat.

In der zweiten Abteilung, Abschnitt I, gehen hier die Vorschriften mehr ins einzelne. Es ist hier gesagt: Der Bezirksarzt hat die An- und Abmeldungen der Medizinalpersonen seines Bezirkes nach den darüber bestehenden Vorschriften entgegenzunehmen; ferner hat er über alle in seinem Bezirke wohnenden und praktisch tätigen Medizinalpersonen ein Verzeichnis auf dem Laufenden zu erhalten und dafür zu sorgen, daß die Medizinalpersonen die Befugnisse in ihrem Berufe nicht überschreiten, endlich hat er nach § 28 auf Ansuchen von Staatsbehörden, Armenpflegschaftsräten, Verwaltungen von Wohltätigkeitsstiftungen, Vorständen von Krankenkassen, zu prüfen, ob die Rechnungen von Medizinalpersonen den Gebührenordnungen entsprechen. Es war nun allgemeine Ansicht der Delegiertenversammlung, daß diese Bestimmung in bezug auf die Vorstände von Krankenkassen herauszunehmen sei, weil es, namentlich in großen Bezirken unmöglich sei, dieser Bestimmung nachzukommen.

Von den im Abschnitt II besprochenen Dienstobliegenheiten bezüglich der Aerzte ist nur zu erwähnen, daß die Qualifikation geblieben ist. Neu ist, daß der Bezirksarzt ältere, nicht im Staatsdienst befindliche Aerzte, welche sich durch rege Anteilnahme an gemeinnützigen Bestrebungen verdient gemacht haben, der Distriktsverwaltungsbehörde für eine Auszeichnung vorschlagen kann. Es war dies ein alter Wunsch der Bezirksärzte.

Zu den Dienstobliegenheiten in bezug auf die Hebammen ist in Abschnitt III wesentlich Neues nicht gekommen. Die unvermutete Untersuchung bei den Hebammen ist ja bis jetzt schon durchgeführt worden. Die Hebamme ist nur intensiver unter die Aufsicht des Bezirksarztes gestellt, als es bisher der Fall war.

Der Abschnitt IV: Dienstobliegenheiten bezüglich der Bader, Krankenpfleger, Masseure, Desinfektoren, hat wesentlich Neues ebenfalls nicht gebracht; nur sind auch sie schärfer zusammengefaßt worden.

Neues ist wieder bei Abschnitt V: Dienstobliegenheiten bezüglich der Kurpfuscher, zu finden. Wir sollen, wie es früher schon bestanden hat, in Zukunft ein Verzeichnis derjenigen Personen führen, die, ohne staatlich anerkannt zu werden, die Heilkunde gewerbsmäßig ausüben.

In Abschnitt VI: Dienstobliegenheiten bezüglich der Apotheken, ist neu, daß die Apothekenvisitationen in Zukunft uns direkt unterstellt werden sollen.

In § 46 heißt es: Der Bezirksarzt führt ein Verzeichnis der im Bezirke vorhandenen Apotheken, ihrer Besitzer und der in diesen Betrieben beschäftigten Personen nach Anlage 3, und nach § 47 hat der Bezirksarzt den Geschäftsbetrieb in den Apotheken selbständig zu überwachen, und es hat eine Besichtigung alljährlich stattzufinden. Die chemische Untersuchung fällt weg. Dazu kommt noch die Prüfung der Lehrlinge und die Verpflichtung und Oberaufsicht über die Hilfspersonen Wesentlich Neues ist außerdem wenig dazu gekommen.

In Abschnitt VII über die Kleinkinderfürsorge ist etwas Neues gebracht, den modernen Ansichten entsprechend. Hier hat sich die hohe Staatsregierung in sehr richtiger Weise auf die Hauptsache beschränkt, auf die natürliche Ernährung der Säuglinge, und hat die weiteren Vorkehrungen den örtlichen Verhältnissen überlassen. Die Kostkinder sind nicht mehr alle Jahre, sondern alle 3 Jahre zu besuchen, was den Verhältnissen vollständig entsprechen wird.

In Abschnitt VIII: Fürsorge für Gebrechliche, hat die Staatsregierung bestimmt, daß der Bezirksarzt ein Verzeichnis der in seinem Bezirke wohnenden Gebrechlichen (Blinden, Taubstummen, Krüppel, Epileptischen, Blöden, Idioten, Kretinen) zu führen habe und daß er sie spätestens im nächsten Geschäftsjahre nach der Anmeldung zu untersuchen hat. Die Delegierten waren sich nun darüber einig, daß dieses Verzeichnis in der Praxis wohl nicht geführt werden könne, weil die Bewegung der Bevölkerung viel zu groß ist und weil es namentlich eine Anzeigepflicht für derartige Personen gar nicht gibt und besonders auch, weil bei dem Begriffe „Krüppel“ eine Definition, welche prägnant ist, gar nicht zu geben ist. Es wurde in dieser Beziehung keine Abstimmung herbeigeführt; doch ist der Wunsch der Delegierten dahin gegangen, daß die §§ 55 und 56 als undurchführbar überhaupt fallen sollen. Die Beaufsichtigung der zur Aufnahme von Gebrechlichen dienenden Anstalten hat in Zukunft alle 3 Jahre stattzufinden. In der ganzen Dienstanweisung ist überhaupt überall die 3jährige Besichtigung durchgeführt.

Im Abschnitt IX folgt die Fürsorge für Kranke. § 59 sagt: „Der Bezirksarzt ist zur Leistung ärztlicher Hilfe (auch bei Armen) nur in Notfällen verpflichtet. Notfall ist ge-

geben, wenn die Leistung ärztlicher Hilfe unverschieblich und ein Privatarzt nicht erreichbar ist, oder seine Hilfe ablehnt." Ueber das Wort Notfall hat sich eine ausgedehnte, sehr in das Detail gehende Diskussion eröffnet. Ueber die Einzelheiten glaube ich hinweggehen zu dürfen. Zum Schlusse hat sich die Delegiertenversammlung auf folgende Definition geeinigt:

„Notfall ist gegeben, wenn eine andere Hilfe nicht erreichbar und durch Verweigerung der Hilfe das Leben und die Gesundheit in ernster Weise gefährdet wird."

Der Wunsch der Delegierten, daß dieser Paragraph ganz weggelassen werden möge und ein Hilfezwang dem Bezirksarzte gar nicht mehr auferlegt werden solle, ist gescheitert an der allgemeinen Staatsraison, daß doch immer ein Arzt da sein muß für gegebene Fälle.

Die Bestimmungen über die Errichtung neuer Anstalten bringen nichts wesentlich Neues, ebenso nicht die Ueberwachung von Krankenanstalten, die Beaufsichtigung der in Privatpflege untergebrachten Kranken, der Privatirrenanstalten usw. Das sind alles mehr oder weniger die gleichen Bestimmungen wie früher.

Von der Fürsorge für die Armen in Abschnitt X ist zu erwähnen, daß die Besichtigungen alle 3 Jahre stattzufinden haben und daß nunmehr der Bezirksarzt mit der Armenpflege direkt ins Benehmen zu treten hat. Der Bezirksarzt hat nach § 70, sobald ihm durch eigene Beobachtung oder auf andere Weise bekannt wird, daß in Privatpflege untergebrachte Arme in grober Weise vernachlässigt werden, den Vorstand der Armenpflege zu benachrichtigen und, wenn dieser keine Abhilfe schafft, bei der Distriktsverwaltungsbehörde Antrag auf anderweitige Unterbringung zu stellen.

Soweit der mir zugeteilte Teil des Referates.

Med.-Rat Dr. Henkel-München:

Abschnitt XI. Dienstobliegenheiten bezügl. der Unterrichts- und Erziehungsanstalten.

Dieser Abschnitt bedarf noch näherer Beratung der Staatsbehörden, der Vereinbarung einzelner Ministerien. Es wurden folgende Punkte ins Auge gefaßt.

Die Pläne von Neubauten oder größeren Umbauten von Schulen, Lehr- und Erziehungsanstalten. Der Bezirksarzt hat innerhalb eines dreijährigen Zeitraumes jede Schule seines Bezirkes in bezug auf Baulichkeit und Einrichtungen wie auch auf den Gesundheitszustand der Schüler zu untersuchen, insofern nicht durch besondere Bestimmungen und Verhältnisse (Schulärzte) eine andere Art der Ueberwachung gegeben ist.

Die Mittelschulen hat der Bezirksarzt alljährlich einer Besichtigung zu unterziehen, desgleichen die Pensionate und Erziehungsanstalten.

Der Bezirksarzt ist zu den Ortsschulkommissionen mit Sitz und Stimme beizuziehen, soweit es sich um Fragen der Gesundheits-

pflege oder Gesundheitspolizei handelt. Gemeinnützige Bestrebungen auf dem Gebiete des Schulgesundheitswesens hat der Bezirksarzt in jeder Weise zu unterstützen. Das Verhältnis zu den Schulärzten und die Wirksamkeit bei Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten ist besonders zu regeln.

Abschnitt XII. Verhütung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten.

Der Bezirksarzt hat die Erfüllung der Anzeigepflicht seitens der gesetzlich hierzu verpflichteten Personen zu überwachen. Er hat insbesondere darauf zu achten, daß die zur unmittelbaren Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten notwendigen Absonderungsräume (in Krankenhäusern), die Desinfektionseinrichtungen (in Krankenhäusern), Desinfektionsmittel (in Krankenhäusern, Apotheken, bei den Hebammen), endlich die zur Versendung der Untersuchungsstoffe vorgeschriebenen Gefäße (in Apotheken) in ausreichender Menge zur Verfügung und bereit stehen. Er hat ferner dafür zu sorgen, daß ausgebildete Desinfektoren in einer der Größe des Bezirks entsprechenden Anzahl vorhanden sind und daß Desinfektoren sowie die berufsmäßigen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in angemessenen Zwischenräumen Anleitungen über das Wesen und die Methoden der Desinfektion erhalten.

Nach § 78 hat der Bezirksarzt den Verlauf der gemeldeten ansteckenden Krankheiten genau zu verfolgen, er hat in jedem einzelnen Falle mit tunlichster Beschleunigung, wenn angezeigt, nach Ermittelung an Ort und Stelle die nach den geltenden gesetzlichen und oberpolizeilichen Bestimmungen vorgeschriebenen Maßnahmen zur Verhütung des Eintrittes und der Weiterverbreitung der Krankheit bei der Verwaltungsbehörde zu beantragen und bei Gefahr auf Verzug vorläufig selbst anzuordnen.

Als wichtigste Maßnahmen kommen in dieser Beziehung in Betracht: Veranlassung der bakteriologischen Untersuchung oder der Leichenöffnung, Beobachtung krankheitsverdächtiger und Absonderung kranker und krankheitsverdächtiger Personen in Krankenhäusern, Schulschließung, fortlaufende und Schlußdesinfektion. In Vorbereitung ist die wichtige Ministerialbekanntmachung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Nach § 79 hat der Bezirksarzt über die der Polizeiaufsicht unterstellten, gewerbsmäßige Unzucht treibenden Weibspersonen ein Verzeichnis zu führen. Er hat die ihm von der Polizeibehörde Ueberwiesenen regelmäßig zu untersuchen und die vorgenommenen Untersuchungen, soweit es sich um die der Polizeiaufsicht unterstellten Dirnen handelt, im Verzeichnis vorzutragen. Dirnen, welche sich der vorgeschriebenen Untersuchung entziehen, sind der Polizeibehörde anzuzeigen. Wird bei der Untersuchung einer solchen eine ansteckende Geschlechtskrankheit entdeckt, so ist die unverzügliche Ueberführung der Erkrankten in ein geeignetes Krankenhaus bei der Distriktsverwaltungsbehörde zu beantragen.

Abschnitt XIII. Dienstobliegenheiten bezüglich der öffentlichen Impfung.

Es ist keine Aenderung der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften veranlaßt oder in Vorschlag gebracht.

Abschnitt XIV. Dienstobliegenheiten bezüglich der Ortsgesundheitspflege.

Nach § 85 hat der Bezirksarzt bei Bescheidung von Gesuchen um Einleitung schädlicher Stoffe in öffentliche Wasserläufe sich über die gesundheitliche Seite der Frage zu äußern. Er hat, sobald in einer Gemeinde die Errichtung einer Anlage zur Reinigung und Beseitigung von Abwässern in Frage kommt, die Gemeindebehörde darauf aufmerksam zu machen, daß sie sich schon vor Ausstellung eines Projektes an das Hydrotechnische Bureau oder die Biologische Versuchsstation wenden solle, damit ihr die Grundsätze mitgeteilt werden, auf die ein einwandfreier Entwurf aufgebaut werden kann.

Der Bezirksarzt hat bei Ortsbesichtigungen auf die Art der Beseitigung der flüchtigen, festen und flüssigen Abfallstoffe, auf die Beschaffenheit der Abzugskanäle, der Aborte, Dungstätten usw. sein Augenmerk zu richten, vor allem auch den Betrieb öffentlicher Kläranlagen und ihre Wirkung zu beobachten. Nach § 86 hat der Bezirksarzt Baupolizeiverordnungen, deren Tüchtigkeit sich über seinen Amtsbezirk oder einen Teil derselben erstreckt, vor dem Erlaß, sowie Bebauungspläne und die Festsetzung bestimmter Bauarten vor der endgültigen Entscheidung vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege aus zu begutachten.

Er hat gemeinnützige Bestrebungen auf dem Gebiete der Wohnungshygiene anzuregen und tunlichst zu fördern. Er hat jedes neue, dem Staate, einer Gemeinde oder einer öffentlichen Stiftung gehörige Gebäude, bevor es dem Wohngebrauch übergeben wird, zu untersuchen. Mißstände in bezug auf das Wohnungswesen hat er der Distriktsverwaltungsbehörde mit geeigneten Vorschlägen zur Abhilfe anzuzeigen.

Der Bezirksarzt hat nach § 87 durch fortgesetzte Belehrung und Anregung auf die Beseitigung mangelhafter, vor allem der nicht genügend gegen Verunreinigung geschützten Trinkwasserversorgungsanlagen und auf Ersatz durch zweckmäßige Einrichtungen hinzuwirken.

Er hat ein Verzeichnis der öffentlichen Trinkwasserversorgungsanlagen seines Bezirks zu führen. Er hat diese Anlagen mindestens alle drei Jahre zu besichtigen; hierzu sollte die Anregung auf Quellenschutz besonders beachtet werden.

Abschnitt XV. Dienstobliegenheiten bezüglich der Gewerbehygiene.

Für diesen Abschnitt sind noch nähere Beratungen unter Vereinbarungen zwischen den Staatsbehörden vorgesehen.

Für den bezirksärztlichen Dienst werden insbesondere 3 Punkte: die Mitwirkung bei der Genehmigung gewerblicher Anlagen, die Beaufsichtigung besonderer Betriebe, die Unterstützung der Tätigkeit des Landgewerbearztes in Betracht kommen.

Abschnitt XVI. Dienstobliegenheiten bezüglich

des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen.

Der Bezirksarzt hat die für die Ueberwachung des Verkehrs mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen zuständigen Behörden in ihrer Tätigkeit zu unterstützen. Dem Bezirksarzt steht es frei, die Nahrungsmittelchemiker auf ihren Dienstreisen innerhalb seines Amtsbezirkes zu begleiten.

Nach § 92 soll der Bezirksarzt bei Gelegenheit der Ortsbesichtigungen auch Geschäfte, welche sich mit der Herstellung und dem Verkauf von Nahrungs- oder Genußmitteln befassen, einer Besichtigung unterziehen.

Dem Verkehr mit Milch hat der Bezirksarzt besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden. Die Beaufsichtigung soll sich nicht nur auf den Milchverkauf, sondern auch auf die Milchgewinnung erstrecken und ist tunlichst mit dem beamteten Tierarzt (Milchinspektor) gemeinschaftlich durchzuführen.

Nach § 94 obliegt die Ueberwachung der Schlachthäuser und Metzgereien in erster Linie dem beamteten Tierarzt. Doch scheint es wegen der in Betracht kommenden gesundheitspolizeilichen Fragen angezeigt, daß der Bezirksarzt sich von Zeit zu Zeit an den Besichtigungen solcher Betriebe beteiligt.

Der Bezirksarzt hat bei der Beaufsichtigung der Fabrikation von Mineralwässern und kohlensäurehaltigen Getränken mitzuwirken.

Nach § 96 hat er sein Augenmerk auf die Erscheinungen des Alkoholmißbrauches in seinem Bezirke zu richten und Bestrebungen zu dessen Eindämmung anzuregen und zu unterstützen, die Bevölkerung zu belehren, insbesondere durch Verteilung von Merkblättern, durch Vorträge und Bestrebungen zur Gründung von Trinkerfürsorgestellen.

Abschnitt XVII. Dienstobliegenheiten bezüglich der öffentlichen Bäder und Kurorte.

Der Bezirksarzt hat die Errichtung von öffentlichen Bädern und Schwimmanstalten, von Volks- und Schulbrausebädern zu fordern.

Er hat in zweifelhaften Fällen sein Gutachten abzugeben, ob eine Quelle als öffentlich benützte Heilquelle zu erachten ist. Er hat ihm bekannt werdende Tatsachen, aus denen die Unzuverlässigkeit des Besitzers oder Leiters eines Heilbades in bezug auf den Betrieb hervorgeht, zur Kenntnis der Aufsichtsbehörde zu bringen.

Der Bezirksarzt hat die im Privatbesitz befindlichen Heilquellen, die Kurorte und größeren Sommerfrischen, insbesondere jene, in denen Kurtaxen erhoben werden, in gesundheitlicher Beziehung zu überwachen und jährlich mindestens einmal zu besichtigen.

Abschnitt XVIII. Dienstobliegenheiten bezüglich des Leichen- und Begräbniswesens.

Diese richten sich nach den bestehenden oberpolizeilichen Vorschriften und Bekanntmachungen. Eine wesentliche Aenderung oder Neuerung ist nicht vorgeschlagen.

III. Abteilung.

Geschäftsführung

bringt die bestehenden Weisungen über einfachen und klaren schriftlichen Verkehr ausdrücklich in Erinnerung.

Nach § 108 hat der Bezirksarzt alljährlich einen das abgelaufene Kalenderjahr umfassenden Bericht über die Gesundheitsverhältnisse seines Amtsbezirks und über seine Amtstätigkeit zu erstatten und durch die Distriktsverwaltungsbehörde rechtzeitig der Regierung vorzulegen.

An Geschäftsbüchern hat der Bezirksarzt zu führen: ein Geschäftstagebuch, ein Reisetagebuch, ein Zeugnisbuch, einen Terminkalender, ein Verzeichnis der übernommenen Gegenstände.

Außerdem trifft der Abschnitt kurze Bestimmungen über die Registratur.

Bezirksarzt Dr. Schneller-Bamberg: Mir liegt die Aufgabe ob, über den Entwurf einer Vorschrift für den amtsärztlichen Jahresbericht zu referieren. Wie Sie wissen, mußte bisher der amtsärztliche Jahresbericht nach den Bestimmungen der Ministerial-Entschließung vom 28. Juli 1897 gefertigt werden.

Die neue Vorschrift schließt sich im allgemeinen an die bisherige an. Neu hinzugekommen sind nur wenige Abschnitte, z. B. Säuglingsfürsorge, Desinfektionswesen, die erst in letzteren Jahren besondere Bedeutung gewonnen haben. Anderseits sind einige Abschnitte weggefallen, auf deren Bearbeitung offenbar weniger Wert gelegt wird.

Bezüglich der Form des Jahresberichts tritt deutlich das Bestreben hervor, an Stelle eines ausführlichen Textberichtes eine größere Zahl von Tabellen treten zu lassen. Diese Tabellen sind im allgemeinen sehr einfach gehalten, so daß deren Ausfüllung keine besonderen Schwierigkeiten bereiten dürfte.

Im Texte soll nur über besondere Mißstände oder wesentliche Verbesserungen berichtet werden. Wiederholungen aus früheren Jahresberichten, Bestätigungen darüber, daß auf diesem oder jenem Gebiete keinerlei Veränderungen während des Berichtsjahres eingetreten sind, dürfen und sollen vermieden werden. Selbstverständlich steht der Inhalt des Jahresberichts in engster Fühlung mit dem Entwurf der Dienstanweisung.

Bezüglich der Zeit der Einsendung soll es bei der alten Bestimmung bleiben. Was die Mitwirkung der praktischen Aerzte anbelangt, so war die Mehrzahl der Delegierten der Anschauung, daß die Berichte der praktischen Aerzte für den amtsärztlichen Jahresbericht häufig von untergeordneter Bedeutung sind.

Wenn ich nun auf die Einzelheiten der Vorschriften über den Jahresbericht in Kürze eingehe, so behandelt Abschnitt A wiederum wie früher die Sterblichkeitsstatistik. In den hierhergehörigen Tabellen I und II, sind die Sterbefälle nach Todesursache, Alter und Geschlecht bezw. nach Todesursache, Geschlecht und Monaten vorzutragen. Wir werden hier darauf aufmerksam

gemacht, daß diese Tabellen nur dann richtig ausgefüllt sind und daß über Geburtsüberschuß und über die Säuglingssterblichkeit nur dann richtige Schlußfolgerungen gezogen werden können, wenn die Leichenschauscheine mit den standesamtlichen Sterbe- und Geburtsregistern genau verglichen worden sind.

Die Tabellen III und IV geben Ausweis über tödliche Verunglückungen und Selbstmorde. Im Berichte sind hier nähere Umstände, unter denen die Verunglückungen bezw. Selbstmorde vorgekommen sind, nicht mehr vorzutragen.

Abschnitt B behandelt die Infektionskrankheiten. Hier ist zu bemerken, daß wir in nächster Zeit eine oberpolizeiliche Vorschrift über die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten zu erwarten haben, und daß der Bezirksarzt in Zukunft alle ihm amtlich gemeldeten Fälle dieser Krankheiten am Schlusse des Jahres in einer Tabelle zusammenzutragen hat. Auch über diejenigen übertragbaren Krankheiten, für die eine Meldepflicht nicht eingeführt ist, z. B. Keuchhusten, von deren Auftreten aber der Amtsarzt auf irgendeine andere Weise Kenntnis erhalten hat, ist Bericht zu erstatten, wofern sie in größerer Zahl aufgetreten sind. Zugleich hat der Amtsarzt die getroffenen Maßnahmen und den Erfolg derselben mitzuteilen.

Die Tuberkulose muß im Jahresberichte stets besonders besprochen werden. Bei der großen Wichtigkeit, welche diese Krankheit für die ganze Menschheit hat, ist diese Anordnung gewiß nur zu begrüßen. Im Anschluß hieran ist über den Stand des Desinfektionswesens im Bezirke Aufschluß zu geben, über das wichtigste Rüstzeug im Kampfe gegen die Infektionskrankheiten.

Im Abschnitt C ist über gehäuftes Auftreten von Krebs, Geschwülsten und allen jenen Krankheiten, welche nach der Erfahrung des Arztes in seinem Bezirke auffallend häufig vorkommen, Bericht zu erstatten. Der Amtsarzt soll womöglich die Gründe für das gehäufte Auftreten obiger Krankheiten aufzudecken suchen.

Abschnitt D handelt von der Geburtshilfe. Zur Tab. VII ist zunächst die Gesamtzahl der von den Hebammen des Bezirks geleiteten Geburten vorzutragen. Dies setzt voraus, daß, wie bisher, die Bezirksärzte die vorgeschriebenen gegenseitigen Benachrichtigungen der von Hebammen des anderen Bezirkes geleiteten Geburten fortsetzen. Die künstlichen Entbindungen sind, wie bisher, in einer Tabelle vorzutragen, die jedoch eine wesentliche Besserung einer Vereinfachung erfahren wird. Die meisten der Delegierten waren der Anschauung, daß die für diese Tabelle nötigen Aufschlüsse aus den Monatstabellen der Hebammen genommen werden müssen, da eine Verpflichtung der praktischen Aerzte zur Ausfüllung solcher Tabellen zurzeit nicht besteht.

Abschnitt E. handelt von der Ortshygiene. Hier ist zu berichten über die Zahl der vorgenommenen Gemeindebesichtigungen und über wichtige Aenderungen auf dem Gebiete des Wohnungs-

wesens, der Wasserversorgung und der Beseitigung der Abfallstoffe.

Abschnitt F. verlangt Mitteilung über einschneidende Aenderung in der Ernährungsweise der Bevölkerung, über den Einfluß des Molkereiwesens auf die Ernährungsweise, über Mißbrauch der Genußmittel und über Bekämpfung dieser Mißbräuche.

Bezüglich der Gewerbehygiene ist im Abschnitte G zu berichten über die Arbeitszeit, besonders der jugendlichen Arbeiter und der Frauen, über Wohlfahrtseinrichtungen für die Arbeiter, über Gesundheitsschädigungen durch gewisse Gewerbebetriebe und durch die Hausindustrie.

Abschnitt H handelt von der Gefängnishygiene,

Abschnitt I von Kurorten, Sommerfrischen und Badeanstalten.

Etwas ausführlicher wird sich wohl in unseren künftigen Jahresberichten die vorgeschriebene Berichterstattung über die Säuglingsfürsorge und das Kostkinderwesen im Bezirke gestalten. Ist ja dochgerade auf diesem Gebiete in letzter Zeit eine rege Tätigkeit al enthalben entfaltet worden. Die bisher geführte Tabelle der Klostkinder soll bleiben.

Bezüglich der Unterrichts- und Erziehungsanstalten ist festzustellen, ob und wieviel neue Anstalten errichtet wurden, ob wichtige hygienische Einrichtungen neu geschaffen wurden usw. Das Ergebnis der Besichtigung dieser Anstalten ist vorzutragen; auch hat sich der Amtsarzt darüber zu äußern, ob die Aufstellung der etwa vorhandenen Schulärzte sich bewährt hat.

Im weiteren Abschnitt ist zu berichten über die hygienischen Zustände oder über Neueinrichtung von Pflegeanstalten für Arme, Gebrechliche, körperlich oder geistig Kranke. Auch hier ist über das Ergebnis der Besichtigung dieser Anstalten, besonders über etwa zur Kenntnis des Bezirksarztes gelangte Verwahrlosung kranker und armer Personen in der Privatpflege Aufschluß zu geben.

Die Tabelle der Leichenschauer ist beibehalten. Ueber Friedhöfe ist zu berichten, wo eine Neuanlage notwendig erscheint oder durchgeführt wurde.

Die im Bezirk tätigen Medizinalpersonen sind nach ihrer Zahl in einer besonderen Tabelle aufzuführen. Dabei hat der Bezirksarzt sich auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse der Medizinalpersonen, wie auch der im Bezirke befindlichen Apotheker zu äußern, welch letztere ja unter der Zunahme der Drogengeschäfte zu leiden haben.

Die im Bezirke vorhandenen Apotheken, Drogerien und Geschäfte mit Gifthandel sind in einer besonderen Tabelle zu erwähnen. Besondere Ergebnisse der Besichtigungen der Apotheken und Drogenhandlungen sind mitzuteilen.

Den Schluß des Jahresberichtes bildet die Statistik der vorgenommenen Amtshandlungen. Diese Tabelle (XIV) unterscheidet sich von der bisherigen, deren richtige Ausfüllung wohl keinem Amtsarzte gelungen ist, ganz besonders durch ihre Ein-

fachheit. Die neue Tabelle gibt ein klares Bild über die Geschäftsbelastung der einzelnen Amtsärzte. Ich möchte den Vordruck dieser Tabelle seiner Wichtigkeit wegen Ihnen in Kürze vortragen:

Der Amtsarzt hat nur anzugeben:

A. Bezüglich seiner Tätigkeit in Verwaltungsangelegenheiten die Zahl:

der vorgenommenen ordentlichen Gemeindebesichtigungen,
der außerordentlichen Besichtigungen am Wohnort und außerhalb des Amtssitzes,
der ausgestellten amtsärztlichen Zeugnisse,
der sonstigen Gutachten und Berichte.

B. Bezüglich seiner Tätigkeit in Angelegenheiten der Rechtspflege ist anzuführen die Zahl:

der Untersuchungen an Leichen,
der schriftlichen Gutachten über den Körper- oder Geisteszustand lebender Personen,
der sonstigen schriftlichen Gutachten,
der mündlichen Vernehmungen am Amtsgerichte, Land- und Schwurgerichte.

Wenn ich die Anforderungen, welche die Erstattung des Jahresberichtes nach den neuen Vorschriften an den Amtsarzt stellt, vergleiche mit den Anforderungen der bisherigen Vorschriften, so bin ich überzeugt, daß wir in dieser Beziehung eine wesentliche Geschäftsvereinfachung erwarten könnnen. Ich bin somit in der angenehmen Lage sagen zu dürfen, daß die zu erwartende Neuregelung auch Ihren vollen Beifall finden wird.

Schluss des Berichtes über die Dienstanweisung für die Bezirksärzte.

Med.-Rat Dr. Henkel: M. H.! Wir sind mit dem Vortrag des Entwurfes zu Ende. Sie werden gewiß die Ueberzeugung gewonnen haben, daß es ein ernstes Stück Arbeit war, diesen Entwurf zu beraten. Ihn zu fertigen war noch schwieriger, ihn so zu fertigen, wie er zustande kam, eine große Aufgabe, für deren Lösung wir den anwesenden Herren Vertretern des K. Staatsministeriums den verbindlichsten Dank nochmals zum Ausdruck bringen.

Das Arbeitsfeld des bayerischen Bezirksarztes erweitert sich durch Inkrafttreten dieser Dienstanweisung außerordentlich.

Die selbständige Listenführung der Medizinalpersonen, die Ueberwachung des niederärztlichen Personales, der Apotheken, Drogerien, der Pfuscherei, die regelmäßigen Besichtigungen der Gemeinden, der Hebammen am Wohnsitz, die Unterweisung, Beaufsichtigung, Nachprüfung von Pflegepersonal und Desinfektoren, die Ueberwachung und Prüfung der Gifthändler, die regelmäßigen Besuche der Kostkinder, der Anstalten für Kranke und Gebrechliche, der Geisteskranken, die Aufsicht und Besichtigung der Trinkwasserversorgungsanlagen, von Heilquellen und gewerblichen Anlagen, die Aufsicht auf Nahrungsmittel und deren Betriebe,

die Besichtigung der Begräbnisplätze, die Führung neuer Amtsbücher vermehren die amtsärztliche Tätigkeit gewaltig.

Wollen Sie nun im Anschluß an unsere Vorträge sich zu den Punkten äußern, wofür Sie besonderes Interesse haben. Wir wollen es durchaus vermeiden, unseren Vereinsmitgliedern die Gelegenheit zur Aussprache über jeden Punkt zu versagen. Frei von allem Persönlichen wollen wir der Sache dienen. Wenn es geboten erscheint, wollen wir durch Beschlußfassung des Plenums über einen wichtigen Punkt Klärung der Ansichten herbeiführen.

Der beste Beweis dafür, daß die ärztliche Wissenschaft fortschreitet, daß der ärztliche Stand seine Weltaufgabe immer deutlicher erkennt, ist, daß wir, angeleitet von den Forschungen und Ergebnissen der Hygiene, der Volksgesundheitspflege, von der therapeutischen zur prophylaktischen Aera vorgeschritten sind, daß wir nicht nur Krankheiten heilen, daß wir sie auch verhüten wollen, daß wir die Menschheit schützen wollen vor Not und Seuchen. Allenthalben regt es sich und wie sich die Heilkunst, die Heilkünstler in stets zahlreichere Spezialitäten verzweigen und vertiefen, so hat auch schon die ärztliche Fürsorge sich nach allen Richtungen gedehnt und erstreckt in voller Erkenntnis, daß nur auf diesem Wege die Menschheit zu körperlicher und geistiger Vervollkommnung gelangen kann.

Ich hebe hier nur die tatkräftige Säuglingsfürsorge hervor, die sich der Kleinsten, der werdenden Menschheit, annimmt. Wie stand es da Jahrhunderte, Jahrtausende lang! Weise und ernsthaft Denkende sprachen und schrieben von einer Art Selbstzucht und Selbstreinigung des Menschengeschlechtes. Die Schwächlichen der Nation sollten sterben, die Kräftigen allein durchkommen und einen gesunden Stamm fortpflanzen. Wie irrig waren solche Ansichten! Die hohe Kindersterblichkeit zehrte am Marke des Lebensbaumes der Völker. Infolge des mangelhaften Verständnisses schlechter Nahrung, Pflege und Wohnung starben Tausende im ersten Lebensjahre, und es waren häufig gar nicht die schwächsten, die dem Unverstand und der Ungunst der Lebensbedingungen zum Opfer fielen. Tausende Schwächliche blieben wiederum am Leben und pflanzten Elend und Gebrechen zahllos fort.

Ich erwähne die Wohnungsfürsorge, die kräftig eingesetzt hat und von ganz eigenartiger Bedeutung ist. Nur eine menschenwürdige Wohnung gewährt auch ein menschenwürdiges Dasein. Sie befreit den Menschen vom Schmutze, sie verhütet die Schmutzkrankheiten, sie mindert die Tuberkulose und geht erfolgreichst dem Alkoholismus zu Leibe, indem sie das schädliche Wirtshausleben eindämmt und mit anderen feineren Sitten auch die gemeinen Triebe und Neigungen bekämpft.

Ich erwähne die Fürsorge gegen Seuchen, die große soziale Fürsorge, welche Gesetze schuf für Krankheiten und Unfall, für Gebrechlichkeit und Alter.

An dieser Fürsorge beteiligen sich und müssen sich beteiligen alle Aerzte.

Aber der berufene, der öffentliche Spezialist dieser Fürsorge ist der Amtsarzt, der Gesundheitsbeamte!

Er hat sonach die höchste, die erhabenste Aufgabe des ärztlichen Standes; er hat auch die meisten Schwierigkeiten zu bekämpfen. Mit der Unreinlichkeit, mit der Unwissenheit, der Dummheit, gegen welche Götter vergebens stritten, muß er fertig werden; ja er hat noch einen schlimmeren Feind, die Indolenz, die Faulheit und Gleichgültigkeit, einen Feind, der um so schädlicher ist, je mehr er in gebildeten Kreisen sich einbürgert. Der ärztliche Stand muß sich davon ganz frei machen.

Das Amt eines tätigen Medizinalbeamten nimmt heutzutage fast überall den ganzen Mann in Anspruch. Damit erledigt sich wohl die Frage der ärztlichen Praxis des Bezirksarztes ohne besondere Vorschriften. Der Gesundheitsbeamte muß unausgesetzt die Gesundheitsverhältnisse des ganzen Bezirkes beobachten und studieren. Das kann er nicht tun, wenn er nur gelegentlich arbeitet.

Man braucht aber diese Praxis nicht zu verbieten. In vielen großen Amtskreisen verwehrt es sich von selbst. Die stetig wachsenden Aufgaben haben aus dem Medizinalbeamten eine ganz andere Gestalt gemacht, wie sie noch vor 30 und 40 Jahren war. Daneben gibt es aber in unserem engeren Vaterlande noch kleine, wenig bevölkerte Amtsbezirke, in denen sich der Bezirksarzt ohne Nachteil seines Ansehens der praktischen Tätigkeit gar nicht entschlagen kann. Eine Konkurrenz der praktischen Aerzte soll das Institut der Amtsärzte nicht mehr sein. Es soll aber einem Manne eine richtige, gute und angesehene Stellung und auch ein Recht der Initiative geben, einer Initiative, welche auf Grund reicher Erfahrung Erreichbares zum Angriff und zum Vollzuge bringt. Nie aber entrate der Amtsarzt der Hilfe der Kollegen in der Praxis. Die Dienstanweisung empfiehlt daher dringend ein Zusammenwirken auf dem gemeinsamen Boden des Vereinslebens. Der Bezirksarzt soll im Bezirksverein mit den Aerzten stets in Fühlung bleiben, belehrend, beratend und lernend, erfahrend deren Umgang nützen.

Daß meine Darlegungen zutreffend sind, beweisen die Bestimmungen der neuen Dienstanweisung. Mögen die ernsten, hohen Pflichten auch berufsfreudige Männer finden!

Diskussion:

Med.-Rat Dr. Vanselow-Bad Kissingen: Wenn ich im allgemeinen zu diesem Entwurfe einige Worte sprechen darf, so habe ich heute den Eindruck gewonnen, als ob das, was von der K. Staatsregierung beabsichtigt ist, im großen und ganzen sich von dem, was jeder Bezirksarzt, der es ernst mit seinem Amte genommen hat und nimmt, bisher getan hat, nicht unterscheidet. Ich gebe gern zu, daß die örtlichen Besichtigungen etwas detaillierter gemacht werden müssen und daß auch das, was im Amte verlangt wird, etwas genauer gefaßt ist, aber wie gesagt, diese Anforderungen überschreiten nicht das, was man als recht und billig verlangen kann.

Nun habe ich ganz kleine Anfragen. Sie werden entschuldigen, vielleicht habe ich Sie nicht ganz richtig verstanden.

Was heißt das, daß die praktischen Aerzte sich anmelden müssen bei

dem betreffenden Bezirksarzte. Ich weiß nicht recht, ist dadurch die alte Bestimmung, daß sie sich bei der Distriktspolizeibehörde zu melden haben, aufgehoben oder nicht. Fällt die Bestimmung der Anmeldung bei der Distriktspolizeibehörde weg oder muß der Amtsarzt die Anmeldung weiter berichten? Das wäre in manchen Bezirken, wie bei mir z. B., wo 60 und mehr Aerzte sind, eine große Belastung.

Bezirksarzt im Staatsministrium des Innern Dr. **Gebhardt:** Es ist beabsichtigt, anzuordnen, daß Aerzte, die sich in einem Bezirk niederlassen wollen, dies wie bis jetzt bei der Distriktspolizeibehörde anzeigen, gleichzeitig aber auch bei dem Bezirksarzt sich vorstellen müssen.

Med.-Rat Dr. **Vanselow**-Bad Kissingen: Ich bin mit dieser Bestimmung vollkommen einverstanden; denn ich kenne in meinem Bezirke praktische Aerzte, die ich überhaupt nicht kenne (Heiterkeit).

Dann ist noch mir etwas unklar. Es heißt, der Bezirksarzt habe die Aufsicht über die Masseure. Eine Unzahl von Masseuren und Masseusen ist alljährlich in meinem Bezirke und zwar nicht bloß aus unserem engeren Vaterlande, sondern auch aus Rußland und weiß Gott woher. Nun existiert ja in Bad Kissingen die Einrichtung eines Vorberichts des K. Badekommissariates, also einer Staatsbehörde, und ich habe bisher den Grundsatz verfolgt, daß ich im Einverständnisse der K. Regierung nur solche Masseure zur Aufnahme in diesen amtlichen Vorbericht empfahl, die die Vorbedingungen erfüllt haben, die ich als billig erachte. Diese Vorbedingungen stützen sich selbstverständlich auf die Vorbedingungen anderer Staaten; denn was andere Staaten (Hamburg) verlangen können, kann ich in dem internationalen Kurorte erst recht verlangen. Nun sind aber außer diesen sehr wenigen Leuten, die diese Vorbedingungen erfüllt haben und infolgedessen in die königliche Kurliste aufgenommen werden, noch eine Unmasse von solchen da, die etwa mit 14 tägiger Ausbildung dahergeflogen kommen und vielleicht auch wieder, wenn sie ihre Nahrung nicht finden, alsbald wieder davonfliegen. Grundbedingung ist meiner Ansicht nach, daß von seiten des Staates Bestimmungen den Begriff Masseur und Masseuse genau festlegen.

Bezirksarzt im Staatsministerium des Innern Dr. **Gebhardt:** In § 41 des Entwurfs der Dienstvorschriften heißt es: „Der Bezirksarzt hat die Bader, Krankenpfleger und Masseure nach den jeweils hierüber bestehenden Vorschriften zu beaufsichtigen." Solche Vorschriften gibt es zurzeit nur über die Bader; der Bezirksarzt hat also die übrigen Personen überhaupt nicht zu beaufsichtigen. Die Masseure sind nur deshalb in die Bestimmung aufgenommen worden, weil in absehbarer Zeit solche Vorschriften zu erwarten sind. Dabei werden die Anregungen des Herrn Vorredners gewiß berücksichtigt werden.

Med.-Rat Dr. **Vanselow**-Bad Kissingen: Ich habe nun noch etwas: Trinkwasseranlagen sollen von den Bezirksärzten beaufsichtigt werden. Das ist sollte man glauben, selbstverständlich. Aber ich habe die Erfahrung gemacht, daß, solange ich Amtsarzt bin, — und ich habe schon ein ziemliches Alter, — mir keine Kenntnis über dieselben von der Distriktspolizei gegeben wurde. Wenn ich es nicht bei meiner Anwesenheit in diesem oder jenem Orte erfahren hätte, daß eine Trinkwasserzentrale angelegt und dem Betriebe übergeben worden ist, von seiten der Distrikspolizeibehörde hätte ich nichts erfahren.

Bezirksarzt im Staatsministerium des Innern Dr. **Gebhardt:** Es handelt sich hier nur um öffentliche Trinkwasserversorgungsanlagen. Dazu gehören auch Anlagen, die öffentliche Gebäude, also zum Beispiel Krankenhäuser, Schulen versorgen. Daß das bisher nicht gemeldet wurde, ist bekannt. Es werden beim Inkrafttreten der neuen Dienstanweisung die Bezirksämter angewiesen werden, bei allen sanitären Einrichtungen, wie dies ja schon größtenteils geschieht, sich mit den Bezirksärzten ins Benehmen zu setzen. Uebrigens ist nach meiner Erfahrung die Zahl der zentralen öffentlichen Trinkwasserversorgungsanlagen eine sehr geringe, so daß sich der Bezirksarzt auch durch einfache Rundfrage ziemlich leicht Aufschluß verschaffen kann. Diese Rundfrage wird sich im ersten Jahre auf keine Weise vermeiden lassen. Beim Inkrafttreten der neuen Dienstanweisung wird eine der wichtigsten Aufgaben der Bezirksärzte sein, die vorgeschriebenen Verzeichnisse anzulegen. Ich stelle mir aber das so vor, daß der Bezirksarzt für jede Gemeinde einen besonderen

Bogen anfertigt, in dem alle der Beaufsichtigung unterstellten Anstalten, Personen etc. verzeichnet werden. Aehnlich haben es wohl schon vorher die meisten Herren gemacht.

Med.-Rat Dr. Vanselow-Bad Kissingen: Es gibt einen außerordentlich hohen Prozentsatz von Pumpbrunnen, auch für öffentliche Zwecke, — schließlich ist jeder Brunnen öffentlich — die nicht ganz einwandfrei sind. Zum Beispiel: es ist hier ein Pumpbrunnen, der seit Jahren geschlossen ist, weil in ihn ein unterirdischer Zufluß, der von irgendwoher organische Verunreinigungen mit sich führt, hineingeht, der auch trotz aller Verbesserungen und Versicherungen, daß alles dagegen geschehen ist, verunreinigt ist im Sinne der gesundheitlichen Auffassung. Vor wenigen Tagen sah ich auf einer Radtour unmittelbar daneben einen anderen Brunnen erbohren. Ich bekam also zufällig hiervon Kenntnis. Es ist wahrscheinlich, daß auch dieser Brunnen verunreinigt ist. Ich möchte hier anregen, alle Pumpbrunnenanlagen hygienisch zu prüfen vor Anlage und nach Fertigstellung. Ich würde die K. Staatsregierung auch ersuchen, zu betonen, daß jeder Pumpbrunnen als öffentlicher Brunnen angesehen werden möge. Spätere Schließungen führen zu Verdrießlichkeiten und Feindschaften.

II. Zur Schularztfrage.

Med.-Rat Dr. Henkel-München: M. H.! Auch dieser Punkt der Tagesordnung soll zu keinem Beschlusse, zu keiner bestimmten Formulierung führen. Er wurde deshalb dem großen Ganzen noch beigegeben, weil einerseits der Stoff von Wichtigkeit und Aktuellität ist, anderseits gerade in Bayern staatliche und gemeindliche Erlasse, wie auch ärztliche Abhandlungen und Besprechungen darüber erschienen sind, auch vielfach schulärztliche Einrichtungen geschaffen wurden.

Man kann sich zum Eingang in dieses Thema eng an die Ausführungen anschließen, die am Schlusse des Referates über die Dienstanweisung für die Bezirksärzte zum Ausdrucke gelangt sind.

Die Fürsorge für die Schule fügt sich ungezwungen ein in die große allgemeine und besondere ärztliche Vor- und Fürsorge für die Volksgesundheit überhaupt. Man hat erkannt, wie wichtig der Arzt als Rater und Helfer des Kindesalters ist, wie man seine Fürsorge in dieser Richtung nicht entbehren kann. Der Arzt soll nun auch das Kind in die Schule führen, seine Schulperiode beobachten und überwachen. Er erhält Einsicht in die verschiedenen Krankheitsformen dieses Alters im Wachstum, in den körperlichen Organen und Systemen, in die Gebrechen, in die Schäden, welche aus dem Schulbetrieb erwachsen können.

Niemand kann in dem Grade wie der Arzt die Tuberkulose in der Schule bekämpfen, Ansteckung und Verbreitung von Krankheiten verhüten. Der Schularzt erhält besondere Einsicht in die örtlichen Verhältnisse, das endemische und epidemische Auftreten von gewissen Krankheiten. Die Wechselwirkung von Gewohnheiten und Schäden des Volkes wird er genauer verfolgen können. Der Schularzt untersucht die ein- und austretenden Schüler; sein Befund kann für die Berufswahl entscheidend sein. Es werden auf diese Weise Grundlagen geschaffen für wesentliche Beob-

achtungen am heranwachsenden Geschlechte, bis zum militärpflichtigen Alter der Knaben, dem heiratsfähigen der Mädchen.

Man hat die Schulhygiene nicht unpassend in 4 Abteilungen geschieden: Hygiene des Schulhauses, der Schulkinder, des Unterrichtes, des Lehrers; es entsteht nun eine wichtige Frage, die auch bereits verschiedene Antworten gezeugt hat: Welche schulhygienische Arbeiten sind Sache des Amtsarztes?

Es ist festzuhalten, daß die Bezirksärzte die natürlichen Oberschulärzte sein und bleiben müssen. Bei dem Umfang unserer bayerischen Städte mit Ausnahme der größten, bei dem Umfang unserer Bezirksämter im Durchschnitte sollte der Bezirksarzt jedes Schulhaus seines Bezirkes im Bau und Betrieb genau kennen und in seiner Registratur haben. Es muß ihm auch die Hygiene des Unterrichts vertraut sein. Er muß der ordentliche öffentliche Gesundheitsbeamte für die Schule sein. Er soll ein Bild der Gesundheits- und Krankheitsverhältnisse der Schule und Schüler seines Bezirkes gewinnen können, von dem Auftreten ansteckender Krankheiten umgehend Kenntnis bekommen, um die amtlichen Vorkehrungen rechtzeitig veranlassen zu können.

Die Gesundheitsverhältnisse des einzelnen Schülers — ich möchte das die individuelle Hygiene nennen — sind zunächst nicht Sache des Amtsarztes. Hierfür ist der Schularzt zu bestellen.

In meinem Vortrage über die Schulärzte, den ich in der oberbayerischen Kreisversammlung unseres Vereines vor einem Jahre erstattete (Münchener Med. Wochenschrift vom 15. Januar 1910), worauf ich, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden, verweisen darf, habe ich des näheren begründet, warum die schulärztliche Untersuchung und Ueberwachung der Kinder allenthalben ein Gebot der öffentlichen Gesundheitspflege und der Volkswohlfahrt ist, und mit folgenden Sätzen geschlossen:

1. Eine schulärztliche Einrichtung soll an allen Orten bestehen, wo nur immer ein Arzt ist.
2. Die Aufgabe des Schularztes im allgemeinen ist die individuelle Hygiene des Schulkindes.
3. Die Grundarbeiten des Schularztes sind:
   a) die Untersuchung der eintretenden und austretenden Schulkinder,
   b) die Führung der Sanitätsliste, des Gesundheitsbogens, welcher für das ganze Reich eine Fassung erhalten sollte,
   c) die Ueberwachung der Kinder während der Schulzeit,
   d) eine einfache, gleichartige Berichterstattung nach Schluß jedes Schuljahres.

M. H.! Mit diesen Sätzen wollte ich das Mindeste festsetzen, was man vom idealen Standpunkte als Forderung einer zweckmäßigen Schulhygiene zu stellen hat, und ich muß noch heute daran festhalten. Je näher man diesen Forderungen kommt, desto besser wird es sein. Je mehr man sich davon entfernt, desto mangelhafter wird die Einrichtung, und selbst die sorgfältigste schulärztliche Wirksamkeit in Städten und einzelnen Orten kann keine Lücke ausfüllen, die durch den Mangel der schulärztlichen Einrichtungen auf dem Lande weit klaffend ist.

Lieber bescheiden anfangen, in stillen Verhältnissen, als nichts tun oder nichts Richtiges durchführen!

Ich kann also von diesen Sätzen nichts abhandeln lassen. Die Kollegen werden auch damit einverstanden sein.

Etwas abweichend waren und sind aber die Meinungen über den Anteil, der dem Bezirksarzt am schulärztlichen Wirken zusteht. Kollege Schütz hat sich näher darüber geäußert in einem Vortrage auf der Versammlung des niederbayerischen Kreisverbandes im März heurigen Jahres. Ich kann ihm nur beipflichten in der Aufzählung der Schwierigkeiten, die sich meinen Forderungen entgegenstellen. Ich kann ihm auch rückhaltlos zustimmen, daß der Vollzug der Einführung von Schulärzten in verschiedenen Bezirken verschieden sein muß.

Aber sowohl seine Darlegungen von Vilsbiburg, wie der interessante Bericht des verdienstvollen Kollegen Gross von Schwabmünchen über die umfassende Tätigkeit als Schularzt in seinem Amtsbezirk führen mir deutlich vor Augen, daß es trotz größter Bemühungen einfach unmöglich ist, daß ein Bezirksarzt selbst in kleineren Bezirken ständig der Schularzt seines ganzen Bezirkes oder auch nur eines größeren Teiles sein kann.

Es fehlt ihm bei dem großen Arbeitsfelde (denken Sie nur an unsere neue Dienstanweisung) die Zeit. Ferner möchte ich nicht unerwähnt lassen, daß der Bezirksarzt nicht in gleicher Art wirken kann wie jener Arzt, welcher mitten unter der Schulgemeinde lebt, der ihr körperliches Wohl und Wehe, ihre Lebensführung, der Alt und Jung der Gemeinde im täglichen Verkehr kennen gelernt hat. Gewisse beschränkte Ausnahmen können nur die Wahrheit der Regel bestätigen.

Man könnte auf dem Lande auch nicht, wie in der Stadt, die Tätigkeit des Schularztes von der des behandelnden Arztes trennen, so wenig wie dies auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge möglich ist.

Daß der Bezirksarzt trotzdem noch sehr viel in Schulhygiene zu tun hat, braucht nicht weiter dargelegt zu werden.

Auch hier zeigt sich wieder das enge Band, welches den Amtsarzt und den praktischen Arzt verbindet. Beide vereint müssen die Verhütung und die Bekämpfung der menschlichen Uebel betätigen; nicht der geringste Teil der hygienischen Pflichten betrifft die Schule, in welcher sich beide begegnen.

Freilich soll der praktische Arzt nicht, wie es heutzutage manchen Ortes, besonders in Großstädten Sitte wurde, alles dem Spezialisten zuweisen; im Drange der größten Praxis soll er nicht des größten ärztlichen Fortschrittes vergessen, der Prophylaxe der Krankheiten. Wer sie vernachlässigt, ist ein schlechter Hausarzt, selbst wenn er hundert Rezepte an einem Tage verschreibt.

Wer Gelegenheit hat, in der Großstadt an schulärztlicher Tätigkeit teilzunehmen, staunt, wie sehr mit der Vertiefung in die Aufgaben die Ziele wachsen. An jedem Orte, wo es auch sei, ist es unsere Pflicht, alle Kräfte einzusetzen von großen Gesichts-

punkten auszugehen, um auch in kleineren das Bestmögliche zu erreichen.

Diskussion.

Bezirksarzt Neidhardt-Augsburg wünscht, daß der praktische und für die betreffenden Orte zuständige behandelnde Arzt und Hausarzt mit zu der schulärztlichen Tätigkeit herangezogen wird. Er möchte als Hauptgrund den anführen, daß bei den gefundenen Gebrechen und Krankheiten für ihn die Ueberwachung und notwendige Behandlung viel leichter durchführbar ist, und worauf auch von den Eltern lieber eingegangen wird, als dieses der Fall ist, wenn der oft weit entfernt wohnende Bezirksarzt sie feststellt, dem es nicht möglich ist, dafür auch zu sorgen, daß seine Anordnungen hinsichtlich der Zuführung zur ärztlichen Behandlung wirklich ausgeführt werden. Das ist der Hauptgrund, warum die schulärztliche Tätigkeit nicht in die Hände des Bezirksarztes allein gelegt werden darf, was ja auch bei größeren Bezirken gar nicht durchführbar ist und sich mit den übrigen reichlich bemessenen Amtsgeschäften kaum vertragen dürfte.

Med.-Rat Dr. Vanselow, Bezirksarzt in Bad Kissingen: Ich habe die Schularztfrage mit einem Medizinalbeamten, einem Schularzte, der alle Jahre 4 Wochen in Bad Kissingen ist, ausführlich durchbesprochen. Ich verfolge seit Jahren alle Berichte in dem Fachblatte über Schulgesundheitspflege. Es hat mich recht gefreut, daß der Herr Vorsitzende so viel Wert darauf legt und betont: Den Schulärzten gehört nur die individuelle Sorge für die Kinder. Ich habe die Berichte über die Tätigkeit der Schulärzte in Norddeutschland aufmerksam gelesen und finde mehr oder weniger die den Amtsärzten zugehörigen hygienischen Gebiete gestreift. Wo soll denn das hinaus. Wir sind sozusagen von der Regierung die beauftragten hygienischen Berater und Begutachter der Schulen. Ich gebe von vornherein gern zu, daß der Schularzt vielleicht manche hygienische Nachteile eher sieht, als wir bei unserer schließlich doch immerhin flüchtigen Beaufsichtigung, wenigstens in manchen Schulen, sehen können. Wenn der Schularzt das ihm zugewiesene, ganz richtig charakterisierte individuelle Gebiet des Kindes nicht überschreitet, so gut! — Wenn er aber die individuelle Aufgabe überschreitet, insofern als er das Schulgebäude, die Hygiene des Schulgebäudes, des Lehrers und dergl. in den Kreis seiner Betrachtungen zieht und schließlich Anweisungen allgemein hygienischer Art gibt, dann glaube ich, daß ein Konflikt zwischen dem Schul- und dem Amtsarzte nicht ausbleibt. Warum sollen die Verhältnisse nicht gerade so, wie wir sie bei den Zahn-Schulärzten haben, auch bei den Schulärzten sein können? Der Zahnarzt untersucht die Schulkinder, beratet sie und kümmert sich um die Hygiene der Schule nicht. Ich bin dankbar, wenn der Schularzt den Amtsarzt kollegial auf die hygienischen Nachteile aufmerksam macht, nicht aber der Behörde oder dem Lehrer hygienische Anweisungen über die Abschaffung eventueller Mißstände erteilt. Die Ordnung dieser Materie halte ich nicht für zu schwierig, obwohl auch hier eine genaue Präzisierung in der Dienstanweisung nötig ist. Ich möchte nur betont wissen, daß der Schularzt über die individuelle Auffassung seiner Tätigkeit nicht hinausgehen möge.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Obermayr-Bayreuth: Ich arbeite seit mehr als einem halben Jahre an der Lösung der Schularztfrage im Bezirke. Ich wollte die Sache ähnlich, wie Herr Med.-Rat Dr. Henkel sie beantragt hat, durchführen: Das Amt des Schularztes sollte in die Hände der praktischen Aerzte gelegt werden; die Schulärzte sollten mit dem Bezirksarzte gemeinsam arbeiten, der Amtsarzt aber sollte die Aufsicht über die Schulärzte haben; an ihn müssen auch die Listen und die Berichte eingeliefert werden. Es sollte aber nicht für jeden Ort, sondern für jeden Praxisbezirk ein Schularzt aufgestellt werden, und es sollte das der Arzt sein, der in der betreffenden Gegend praktiziert. Nun wurde mir von den Amtsärzten entgegengehalten, daß das nicht gehe aus dem einfachen Grunde, weil die betreffenden Aerzte, die sich in der Praxis gegenseitig berühren, in Konflikte kommen würden. Diesen Einwand wollte ich jedoch nicht gelten lassen, weil ich annahm, daß sich dies durch behördliche Mithilfe regeln ließe. Dann wurde noch geltend gemacht, daß die Amtsärzte damit eigentlich die Aufsicht über die Schule verlieren. Es kam hierauf zur Abstimmung, wobei mein Antrag fiel. Die Schularztstellen sollen nunmehr

Amtsärzten übertragen werden. Ich erklärte mich auch mit dieser Regelung einverstanden, bemerkte aber zum voraus, daß wir mit sehr geringen Mitteln rechnen müssten. Wir könnten in Oberfranken nicht viel Geld ausgeben, und müßten unter möglichst günstigen Bedingungen die Sache machen. Die anwesenden Amtsärzte sagten dies zu. Verlangt wurde jedes Jahr in jeder Schule Untersuchung der am Anfang eintretenden und am Schluß austretenden Kinder. Die Amtsärzte sollen pro untersuchtes Kind 50 Pfennig bekommen, womit sich sämtliche Anwesende zufrieden erklärten. Sie könnten immerhin 2—3 Ortschaften an einem Tage absolvieren und würden so mit der Bevölkerung und den sanitären Verhältnissen mehr bekannt werden. Ich war damit einverstanden und werde mich nächstens mit dem Schul-Referenten ins Benehmen setzen. Ich will die Meinung der Medizinalbeamtenvereinigung nochmals gelegentlich zur Sprache bringen und dann trachten, in der angegebenen Weise Schularztstellen in einem oder dem anderen Orte zur Einführung zu bringen. Ich verhehle mir nicht, daß die gemachten Zusagen für die Durchführung schwierig sind, allein das weitere muß event. der Regierung zur Regelung anheimgegeben werden, so z. B. ob in einem Bezirke, wo der Amtsarzt die Sache nicht machen kann, nicht doch ein anderer Arzt, vielleicht ein Bezirksarztstellvertreter oder auch zwei Schulärzte anzustellen sind. Zunächst hoffe ich, die Schularztfrage auch in der in unserem Medizinalbeamtenverein beschlossenen Weise regeln zu können.

Med.-Rat Dr. Henkel-München: Ich danke Herrn Regierungs-Medizinal-Rat für seine Ausführungen.

Ich möchte schon jede Schule mit einem Arzt versorgt wissen; ich meinte, überall dort, wo ein Arzt ist, soll auch ein Schularzt sein. Er soll nicht nur etwa an seinem Wohnsitze, sondern auch in dessen nächster Nähe die Funktion des Schularztes übernehmen, so daß das ganze Land versorgt würde; es ist das ein Standpunkt, dem wir immer näher kommen sollen. Ich weiß wohl, daß hier die Geldfrage eine große Rolle spielt; aber auch in dieser Richtung wird sich die Sache noch regeln, wenn gegen eine entsprechende mäßige Entschädigung, die die Gemeinden im allgemeinen wenig belastet, die praktischen Aerzte hierfür gefunden werden.

Dr. Medicus-Bobingen: Ich möchte meiner Freude Ausdruck geben, daß in der Auffassung der Schularztfrage eine Aenderung eingetreten ist. Im vorigen Jahre habe ich in Augsburg die Frage zur Sprache gebracht und hauptsächlich betont, daß es zweckmäßiger wäre, eine Dezentralisation eintreten zu lassen. Ich wurde damals noch sehr energisch zurückgewiesen und namentlich mit der Begründung, daß Streitigkeiten entstehen könnten. Nun gibt es aber viele Orte, an welchen überhaupt nur ein Arzt ist; hier sind Streitigkeiten schon ausgeschlossen. Dann gibt es andere Orte, wo die Scheidung sich dadurch gibt, daß der eine Arzt schon mehrere Funktionen hat, der eine pro physicatu geprüft ist, der oder die anderen nicht, der eine als der ältere zu bevorzugen ist und schließlich der eine oder andere sich gar nicht um den Schularztposten bewirbt. Immer aber läßt sich die Sache so leichter machen, als wenn der betreffende Bezirksarzt nach den Schulen hinausfahren und um eine geringe Bezahlung den Dienst machen müßte, während der Arzt in loco die Sache viel billiger machen kann, da er auch viel leichter arbeitet. Namentlich aber ist es von Bedeutung, daß die Leute ihm viel günstiger gegenüberstehen. Ich weiß, wie bei uns draußen die Sache in Anregung kam, haben sich viele Ortschaften deshalb geweigert, dem ganzen näherzutreten, weil der Bezirksarzt in Aussicht genommen war. Jedenfalls ist es mir sehr erfreulich, daß nunmehr die Sache in dieser Weise eine Aenderung erfahren hat.

Dr. Dollmann-München: Ich habe die Auffassung gehört, der Schularzt solle nur rein individuell vorgehen und solle sich nicht um die Schule selbst kümmern, weil er dadurch in den Amtskreis des Bezirksarztes eingreife. Ich glaube nun, daß sich ein Ausweg in der Weise finden lassen würde, daß man sagt, der Schularzt ist angestellt, um alles vom Standpunkte der Hygiene aus zu begutachten, alles, was ihm zur Beobachtung kommt, zu verfolgen und alle Punkte, die zu einer Beanstandung Anlaß geben, rechtzeitig an den Amtsarzt zu melden, damit der Amtsarzt seine Verfügungen treffen kann. Der Schularzt soll den Amtsarzt unterstützen, nicht aber vom Amtsarzt als Gegner

betrachtet werden. Wenn der Amtsarzt nur alle 3 Jahre die Schulen zu besuchen hat, so kann es sein, daß er unter Umständen an Mißstände kommt, die schon 3 Jahre existieren, die zu beobachten aber der Schularzt inzwischen genügend Gelegenheit hatte. Auch wird durch die Berichte der Schulärzte über ihre Beobachtungen den Bezirksärzten eine Arbeitslast erspart.

Bezirksarzt Dr. Grassl-Lindau: Diese Frage ist nicht generell zu beantworten. Es ist das sehr verschieden, je nach den lokalen Verhältnissen, und man geht zu weit, diese jetzt schon generell regeln zu wollen. Wir in Schwaben haben in einer größeren Anzahl von Landbezirken die Schulärzte eingeführt und uns in unseren Kreisversammlungen eingehend ausgesprochen. Wir sind zu der Ueberzeugung gekommen, daß es nicht möglich ist, einheitlich vorzugehen. In einem Bezirke ist es besser, es macht der Amtsarzt allein die Untersuchungen, in einem anderen ist es besser, sie werden von mehreren praktischen Aerzten ausgeführt. In einem Bezirke habe ich nur einen Teil übernommen, um in die Schulpraxis hineinzukommen und eine gewisse Konformität in die Untersuchungen hineinzubringen. Im Bezirke Lindau hat sich die merkwürdige Tatsache ergeben, daß sich einzelne Gemeinden weigerten, ihren praktischen Arzt als Schularzt anzustellen. Es mag das ein Ausnahmefall sein, aber er mußte berücksichtigt werden. Ebenso ist es mit der Uebernahme der allgemeinen hygienischen Aufsicht durch den Schularzt. Auch dies werden wir nach den einzelnen örtlichen Verhältnissen regeln müssen. Wir bezahlen die Schulärzte zur Hälfte durch die Gemeinde und zur Hälfte aus Distriktsmitteln. Und nun haben sich einige Gemeinden geweigert, den Schularzt anzustellen, wenn ein praktischer Arzt das Recht bekommt, in die Schulhygiene im strengsten Sinne des Wortes hineinzureden, weil sie sich sagen, daß, wenn dem prakt. Arzt die Hygiene übertragen wird, er auch mit Anträgen kommen wird, die sehr kostspielig sind, und daß dann nicht nur die Kosten für den Schularzt, sondern auch große Kosten für Bauten etc. kommen werden. Wir waren dadurch gezwungen, in die Dienstesinstruktion die Bestimmung hineinzusetzen, daß die hygienische Beaufsichtigung des Schulhauses nicht Aufgabe des Schularztes sei. Ich glaube also, daß es auch noch zu früh ist, allgemeine Maßregeln zu beraten und durchzuführen. Vorerst muß jeder Bezirk für sich allein versuchen, durchzukommen; erst wenn wir in einigen Jahren Erfahrungen gesammelt haben, wird es gelingen, gemeinsam vorzugehen.

Med.-Rat Dr. Wetzel-Nürnberg: Aus dem, was ich gehört habe, geht hervor, daß die Verhältnisse, unter welchen die Schularztfrage zu lösen ist, in den einzelnen Bezirken außerordentlich verschieden gestaltet sind. Sie sind schon verschieden in bezug auf die Bevölkerung; dann aber ist es ein großer Unterschied, ob eine Schularztstelle auf dem Lande oder in der Stadt zu versehen ist. Man kann meiner Ansicht nach keine allgemeinen Bestimmungen darüber aufstellen, ob die Erledigung des schulärztlichen Geschäftes dem Privat- oder dem Bezirksarzt zu übergeben ist. Unsere Erfahrungen sind zurzeit noch nicht ganz abgeschlossen und die Verhältnisse zu sehr verschieden. Aber eines möchte ich betonen: Es geht, wie ich aus den Beratungen gemerkt habe, im allgemeinen die Tendenz der Kollegen dahin, ihren Wirkungskreis möglichst zu erweitern. Es ist das vollständig zu erklären und zu begreifen; aber ich möchte davor warnen, die Ausdehnung der Geschäfte allzuweit zu erstrecken. Der Bezirksarzt wird nach Einführung der neuen Dienstanweisung so viel Neues zu tun haben, daß es außerordentlich zweifelhaft ist, ob er, auch in verhältnismäßig kleinen Bezirken, imstande sein wird, die Schularztstelle richtig zu versehen. Außerdem kommen doch auch hier die Verhältnisse der praktischen Aerzte in Betracht. Wenn ein praktischer Arzt zur Erledigung einer Schularztstelle geeignet ist, soll man sie ihm ruhig geben und soll nicht wieder die Konkurrenz der Bezirksärzte den praktischen Aerzten gegenüber heraufbeschwören. Wir sind ja im Begriff, wenigstens haben wir den Wunsch ausgesprochen, daß die Bezirksarztstellvertreter aufgehoben werden sollen. Wir sollen daher nicht einen Teil der Tätigkeit der praktischen Aerzte uns auch noch zu verschaffen suchen.

Ferner möchte ich noch bezüglich der Aufsicht auf die Hygiene des Schulhauses und des Unterrichtes bemerken: Wir in Nürnberg haben die Einrichtung der Schulärzte seit längerer Zeit und die Einrichtung funktioniert

ausgezeichnet; aber eines habe ich immer in den Berichten der Schulärzte bemerkt, das ist das, daß, wenn die Schulärzte lediglich darauf angewiesen sind, über ihre Untersuchungen Mitteilung zu machen, die Berichte zwar aus wertvollem Zahlenmaterial bestehen, aber aus ihnen nur nach einer längeren Reihe von Jahren und Vergleichung der Jahre etwas zu ersehen ist, aus dem einzelnen Berichte jedoch gar nichts. Dagegen können die Berichte außerordentlich wertvoll sein, um aus ihnen Anregungen bezüglich der Hygiene des Unterrichtes und des Schulgebäudes zu bekommen. Es ist natürlich, daß vom Schularzt alle Mißstände eher erkannt werden können, als von seiten des Bezirksarztes, der seine Untersuchungen alle 3 Jahre vorzunehmen hat. Es ist eine Wirksamkeit dieser Institution auch nur dann zu erzielen, wenn in allen Dingen der Bezirksarzt und der praktische Arzt zusammenarbeiten, und ich glaube, wir dürfen uns nicht einfach auf den Standpunkt stellen, daß der Schularzt mit der Hygiene des Schulhauses gar nichts zu tun habe. Wie er seiner Aufgabe gerecht wird, wird von dem Takte des einzelnen abhängen. Es wird auch davon abhängen, wie es der Bezirksarzt versteht, mit seinen Schulärzten zu verkehren; ich glaube, wenn der Bezirksarzt darauf bedacht ist, mit seinen Schulärzten Fühlung zu haben und besonders nicht dies und jenes ihnen wieder abnehmen will, wird die Sache zur allgemeinen Befriedigung erledigt werden können.

Med.-Rat Dr. Alafberg-Ludwigshafen: Wir haben in Ludwigshafen auch schon seit einigen Jahren die Schulärzte. Nach der Dienstordnung besprechen die Schulärzte unter sich etwa alle Vierteljahre gegenseitig ihre Erfahrungen, Wünsche usw. Alljährlich findet unter dem Vorsitze des Bürgermeisters mindestens eine gemeinsame schulhygienische Sitzung statt, um die von den Schulärzten gemachten Erfahrungen zu besprechen. An dieser Beratung nehmen teil: der Bezirksarzt, der Schulinspektor, der Stadtbaurat und Vertreter der Lehrerschaft. In diesen Versammlungen legen die Schulärzte die Erfahrungen, die sie im letzten Jahre gemacht haben, dar und bringen ihre Wünsche und Anregungen zum Ausdruck. Wir haben aus diesen Referaten und Beratungen schon wiederholt recht beherzigenswerte Anregungen erhalten. Dieser Weg ist sehr zu empfehlen. Niemand hat die ihm gesteckten Grenzen überschritten, und wir haben das, was wir erfahren sollen, rechtzeitig erfahren. Es macht auch einen ganz anderen Eindruck, wenn diese Anregungen den beteiligten Behörden in der richtigen Weise vorgelegt werden. Dieser Weg, der wie gesagt als sehr gut empfohlen werden kann, ist jedoch nur in größeren Städten gangbar.

Ministerialrat Prof. Dr. **Dieudonné**: Die heutige Tagesordnung war wohl eine der wichtigsten des Bayerischen Medizinalbeamtenvereines, und es war von Interesse, Ihre Ansichten und Anschauungen zu dem Entwurf der Dienstanweisung und zu der Schularztfrage zu hören. Das Ministerium legte den Entwurf der Dienstanweisung dem Medizinalbeamtenverein vor, damit Sie selbst Gelegenheit haben sollen, aus der Praxis heraus Anregungen oder Bedenken vorzubringen und so Mitarbeiter an dieser Dienstanweisung zu werden. Zu unserer großen Befriedigung haben wir gesehen, auch aus der heutigen Verhandlung, daß dieser Gedanke mit Freuden aufgenommen wurde, und ich möchte nicht verfehlen, Ihnen allen zu danken, insbesondere den Herren Delegierten, welche sich der Mühe unterzogen haben, den Entwurf durchzuarbeiten und hier noch einmal mit den Vertretern des Ministeriums gründlich durchzusprechen. Auf diese Weise werden wir, hoffe ich, eine Dienstanweisung bekommen, die allen billigen Anforderungen entspricht, und Sie dürfen überzeugt sein, daß Ihre Anregungen nach Tunlichkeit berücksichtigt werden. Zunächst wird der Entwurf den verschiedenen beteiligten Ministerien zur Aeußerung zugeleitet werden, so daß noch manches verändert werden wird. Infolgedessen wird es erst möglich sein, die Dienstanweisung im Laufe des Jahres 1911 zu veröffentlichen, so daß sie voraussichtlich im Jahre 1912 in Tätigkeit treten wird. Da jedoch der Jahresbericht für das Jahr 1911 schon nach den neuen Bestimmungen abgefaßt werden soll, wird dieser Teil der Dienstanweisung schon vorher veröffentlicht, damit die Vorbereitungen hierfür im Laufe des Jahres 1911 getroffen werden können.

Die Dienstanweisung, meine Herren, bringt vermehrte, aber auch befriedigende Arbeit, insbesondere auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und

der Seuchenbekämpfung. Wir sind überzeugt, daß die bewährte Arbeitskraft und die Pflichttreue unserer Amtsärzte auch hier nicht versagen wird, und daß das Ansehen, welches diese allenthalben genießen, durch die neue Tätigkeit weiter gehoben und gefestigt wird.

Schließlich hätte ich noch einen Wunsch: Es wäre uns von besonderer Wichtigkeit, ihre Anschauungen über einen Punkt kennen zu lernen, der nicht zur Diskussion stand, der aber doch von ziemlich einschneidender Bedeutung ist; das ist die Frage der bezirksärztlichen Stellvertreter. Nach den Auffassungen, die ich gehört habe, geht die Ansicht einstimmig dahin, soweit wenigstens Delegiertenversammlung sich geäußert hat, daß die bezirksärztlichen Stellvertreter aufgehoben werden sollen. Ich wäre aber dem Herrn Vorsitzenden sehr dankbar, wenn er vor Schluß der Verhandlung diesen wichtigen Punkt nochmal im Plenum zur Diskussion bringen wollte.

III. Geschäfts- und Kassenbericht.

Vorsitzender: Nach § 10 der Satzungen hat die Versammlung zu beschließen über den Rechenschaftsbericht und die Entlastung des Schriftführers. Ich ersuche Herrn Dr. Pallikan seinen Geschäftsbericht zu erstatten.

Polizeiarzt Dr. Pallikan-München: Der Verein zählte im Vorjahre 410 Mitglieder; 22 Herren traten seit der letzten Landes versammlung aus, größtenteils wegen Pensionierung; einige nichtbeamtete Aerzte erklärten, auf die Medizinalbeamtenlaufbahn nicht mehr zu reflektieren; dem stehen 17 Neuaufnahmen gegenüber. Leider hat auch wieder der Tod eine empfindliche Lücke in unsere Reihen gerissen; es sind gestorben:

Med.-Rat Dr. Hess-Wunsiedel, Kreisvorsitzender von Oberfranken,
Med.-Rat Prof. Dr. Hofmann-München,
Bezirksarzt Dr. Mayer-Pfarrkirchen,
Bezirksarzt Dr. v. Pracher-Freyung,
Bezirksarzt Dr. Ott-Garmisch,
Med.-Rat Dr. Zahn-Kaiserslautern.

Ich darf wohl den Herrn Vorsitzenden bitten, veranlassen zu wollen, es möge sich die Versammlung zum Zeichen der Trauer von den Sitzen erheben.

Vorsitzender: Verehrte Kollegen! Herr Med.-Rat Dr. Hess hat als Kreisvorsitzender von Oberfranken unserem Vereine lange seine reiche Erfahrung in echt kollegialer Weise zur Verfügung gestellt; Herr Med.-Rat Prof. Dr. Hofmann ist gewiß fast allen bekannt als gesinnungstüchtiger, gewissenhafter und liebenswürdiger Arzt und Kollege, und in den Kollegen Dr. Zahn-Kaiserslautern, Dr. Ott-Garmisch, Dr. Mayer-Pfarrkirchen und Dr. v. Pracher-Freyung verlieren wir liebe, treue Freunde und Kollegen. Ich ersuche Sie, sich zu deren Andenken von den Sitzen zu erheben.

(Geschieht.)

Polizeiarzt Dr. Pallikan: Die Za [illegible] be-trägt heute 399.

Der Abschluß des **Kassabuches** ergibt:

Summe der Einnahmen:	M.	6536,75
„ „ Ausgaben:	„	5602,75
verbleiben	M.	934,—
dazu kommt der Baarbestand vom 19. Juni 1909	„	71,—
auf der Dresdener Bank befinden sich	„	994 —
Vereinsvermögen	M.	1999,—

Med.-Rat Dr. Wetzel und Bezirksarzt Dr. Graßl prüfen das Kassabuch und befinden es richtig.

IV. Sonstige Wünsche. Beibehaltung oder Abschaffung der bezirksärztlichen Stellvertreter.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Burgl-Regensburg: Zugunsten der Erhaltung der Dienstesstellen der Bezirksarztstellvertreter kann ich leider nichts vorbringen, im Gegenteil muß auch ich mit den Herren vollständig darin übereinstimmen, daß das Institut der Bezirksarztstellvertreter nicht lebensfähig sei. Herr Kollege Graßl hat eine ganze Reihe von Punkten vorgebracht, die dafür sprechen, daß diese Funktion in Wegfall kommen soll und hat auch die Sache genugsam begründet. Allein einen Hauptpunkt, der für die Beseitigung der Bezirksarztstellvertreter spricht, hat er nicht erwähnt, und das ist der Umstand, daß vielleicht die Hälfte der bezirksärztlichen Stellvertreter das Staatsexamen nicht gemacht hat, also pro physicatu gar nicht geprüft ist. Ich glaube, wir treten den letztgenannten Herren da nicht zu nahe, wenn wir annehmen, daß manche von ihnen doch nicht so ganz in der Lage sind, den Bezirksarzt in entsprechender Weise wirklich zu vertreten. Es können sich auch die Herren, die Stellvertreter wurden, ohne daß sie das Examen gemacht haben, nicht beklagen, wenn ihnen die Stelle entzogen wird, weil sie die Vorbedingungen nicht erfüllt haben, die sie dazu berechtigen würden, die Stelle anzunehmen. Anderseits haben jene Herren, welche pro physicatu geprüft sind und trotzdem ihre Posten als Stellvertreter aufgeben müssen, die Anwartschaft, daß sie wirkliche Bezirksärzte werden. Ich glaube also, daß von einer großen Härte nicht gesprochen werden kann, wenn diese Stellen nunmehr aufgegeben werden.

Reg.- und Med.-Rat Dr. Bruglocher-Ansbach: Ich möchte mir erlauben, nach meiner Erfahrung in Mittelfranken mich dahin zu äußern, daß das Institut der bezirksärztlichen Stellvertreter, wenn wir von der Impfarzttätigkeit und von der Tätigkeit als Gefängnisarzt absehen, ziemlich in der Luft hängt. Ich kann Ihnen dies durch zwei Tatsachen beweisen. Der Bezirksarztstellvertreter hat alljährlich die Jahresbericht-Tabelle 5 über seine Amtshandlungen vorzulegen; seit einer langen Reihe von Jahren, solange ich die Ehre habe, meiner derzeitigen Stelle vorzustehen, fand ich meist nur 1 oder 2 Einträge. Das ist die ganze Tätigkeit, die gewiß eine außerordentlich minimale zu nennen ist. Und welcher Art diese Tätigkeit ist, das zeigt die andere Tatsache, die meine Erfahrung bezüglich der Liquidationen der bezirksärztlichen Stellvertreter betrifft. Diese Liquidationen laufen alle durch meine Hände. Da bekommt ab und zu einmal ein Stellvertreter 3 Mark für ein Gut-

achten, das er ausgestellt hat in der Eigenschaft als Gefängnisarzt, wenn es sich darum handelt, ob jemand, der zurzeit inhaftiert ist, tauglich ist zur Einschaffung ins Arbeitshaus. Meiner Ansicht nach ist das eine Tätigkeit, die auszuüben im großen und ganzen von sehr geringer Bedeutung ist und die auch dem künftigen Gefängnisarzt bleiben wird. Weiter kann ich die Mitteilung, die Herr Kollege **Burgl** eben gemacht hat, vollständig bestätigen. Man muß, ohne den Herren irgendwie zu nahe treten zu wollen, sie eben nehmen, wie man sie bekommt. In der Regel kommt der einzige Arzt in Betracht, der am Amtsgerichtssitz wohnt. Von den 14 Bezirksarztstellvertretern Mittelfrankens haben nur 7 das Physikatsexamen gemacht. Sie werden sich nicht beschweren können, wenn ihnen diese Funktion wieder abgenommen wird. Wenn ich vielleicht aus meiner 13jährigen bezirksärztlichen Tätigkeit noch eines anführen darf, so möchte ich noch sagen, daß ich in diesen 13 Jahren nur wenige von den 22 Gemeinden des entfernteren Amtsgerichtsbezirkes aus eigener Anschauung kennen zu lernen Gelegenheit gehabt habe.

Daß die Impfung Gelegenheit geben würde, auch mit diesem Teil der Bevölkerung in Berührung zu kommen, ist einleuchtend.

Dr. **Dollmann**-München: Gestatten Sie, daß ich zugunsten der bezirksärztlichen Stellvertreter einige Worte bemerke. Ich spreche jedoch nicht pro domo. Das Institut der bezirksärztlichen Stellvertreter ist seinerzeit hervorgegangen aus den Bezirksärzten II. Klasse, weil sich herausgestellt hatte, daß die Honorierung des Bezirksarztes II. Klasse in keinem Verhältnisse zu den Leistungen desselben steht. Man hat das Fixum mit 1400 Mark aufgehoben und sich darauf beschränkt, den Herren ihre amtliche Tätigkeit von Fall zu Fall zu entschädigen; nur in einzelnen Bezirken, in denen man befürchten mußte, daß man überhaupt keinen Arzt bekommen würde, hat man honorierte Stellen eingeführt. Es sind darunter verschiedene, die im allgemeinen recht gut und daher nicht remuneriert sind, und solche, die ärztlich überhaupt nicht mehr versorgt wären, wenn nicht ein bestimmtes Fixum, und wäre es noch so gering, garantiert würde. Umgekehrt gibt es auch Stellen, bei denen die Praxis derartig günstig ist, daß sie gar nicht tauschen würden selbst mit einem vollen Amtsarzt. In Rücksicht darauf, daß doch einzelne von derartigen Stellen in Bayern sind, die gewissermaßen vom Staate unterstützt werden müssen, möchte ich es immerhin anheimgeben, die Versammlung wolle überlegen, ob denn alle Bezirksarzt-Stellvertreter-Stellen ohne weiteres aufgehoben werden sollen. Natürlich überhaupt nicht am nächsten 1. Januar, sondern vielleicht so, daß mit der Erledigung eines derartigen Postens der betreffende Posten eben neuerdings nicht mehr besetzt wird. Dann käme auch noch in Frage, wie ist es später mit der Tätigkeit an den Amtsgerichten, wenn an dem Sitze eines solchen keine dauernd verpflichtete Medizinalperson mehr ist?

Bezirksärztlicher Stellvertreter Dr. **Kröhl**-Scheßlitz: Gestatten Sie, meine sehr verehrten Herren, daß ein bezirksärztlicher Stellvertreter selbst dazu das Wort ergreift. Ich für meine Person muß offen sagen, daß ich, so oft ich mich als bezirksärztlicher Stellvertreter betitelt höre, eigentlich gar nicht recht weiß, was ich mit diesem Titel anfangen soll. Wir sind ja nur für die Amtsgerichte da; für Verwaltungsgeschäfte werden wir nicht verwendet. Ueberhaupt ist unsere Stellung sehr unklar. Bei Zeugnissen für gewisse Behörden gelten wir nicht als Amtsärzte, da muß es das Zeugnis eines Bezirksarztes sein; dagegen für manche Behörden und gewisse Schulen gelten unsere Zeugnisse als amtsärztliche. Bei der Seuchengesetzgebung gelten wir wieder als Amtsärzte, so namentlich in der Verkehrsverwaltung. Also kurz und gut, wir wissen eigentlich nicht: Sind wir Amtsärzte oder sind wir es nicht. Der eine Kollege von den praktischen Aerzten respektiert unsere Stellung, der andere sagt, wir seien auch nichts anderes als praktische Aerzte. Ich wäre im Grunde froh, wenn ich diese Bezeichnung ablegen könnte; denn sie ist wirklich nur ein Titel ohne Mittel. In meinem Jahresberichte ist sogar bei der Berichterstattung über gerichtsärztliche Tätigkeit oft ein Strich (Fehlanzeige) zu finden, oder ich muß mühsam einen Fall hervorsuchen, in dem ich nicht gerade als Privatarzt tätig war, und ich glaube, daß ich fast in allen Fällen auch als nur praktischer Arzt zugezogen worden wäre. Ich kann mich erinnern, daß ich ein paar Jahre auch in der gerichtsärztlichen Tätigkeit überhaupt nichts zu tun hatte. Die Sektionen macht der Land-

gerichtsarzt selbst oder er bringt einen geschulten Assistenten mit; wir sind deshalb auch nicht mehr so eingeschult. Die Untersuchung der Geisteskranken nimmt der Bezirksarzt vor usw. usw. Es ist für mich also ziemlich gleich, ob diese Stellung in Wegfall kommt; nur möchte ich bitten, wenn es geschieht, dann nicht gerade am 1. Januar 1912, sondern vielleicht erst, wenn ich einmal von Scheßlitz fortgehe.

Bezirksarzt Dr. **Wiedemann**-Neu-Ulm: Bezüglich der remunerierten Stellen möchte ich mir eine Anregung erlauben. Ich war früher selbst auf einer solchen tätig und glaube, daß es zeitgemäß wäre, wenn eine Revision der mit diesen Stellen verbundenen fixen Bezüge erfolgen würde. Die wirtschaftliche Lage hat sich bei manchen dieser Stellen derartig geändert, daß z. B. ein früher schlechter Posten durchaus kein solcher mehr ist. Anderseits wird wohl mancher Posten eine Remuneration weiter erfordern. Ich glaube, daß diese Regulierung gerade jetzt zeitgemäß wäre, wenn die Bezirksarztstellvertreter abgeschafft werden.

Med.-Rat Dr. **Vanselow**-Bad Kissingen: Ich war in meinen jungen Jahren bezirksärztlicher Stellvertreter und solange ich Amtsarzt bin, habe ich sowohl in meinem ersten, als in dem jetzigen Bezirke bezirksärztliche Stellvertreter gehabt bezw. habe sie jetzt noch. Ich möchte dem Kollegen von Scheßlitz vollkommen beistimmen; ich weiß auch nicht, was sie als solche zu tun haben. Ich gebe ganz gern zu, daß es vielleicht für das betreffende Amtsgericht sehr angenehm sein mag, bei in gesundheitlicher Beziehung nicht ganz klar liegenden Fällen einen autorisierten ärztlichen Sachverständigen zu haben; das mag sein. In bezug auf die Verwaltung ist aber die Tätigkeit gleich null, während anderseits durch die Aufhebung für die Tätigkeit des Amtsarztes viel gewonnen ist. Insbesondere möchte ich hier auf die Tatsachen hinweisen, welche Kollege Wiedemann betont hat. Ich kenne Praxis-Bezirke, bei welchen die Kgl. Staatsregierung im Jahre 800 Mark zugelegt hat, damit der betr. praktische Arzt in seinem Bezirke leben konnte, damit diese Gegend überhaupt einen praktischen Arzt bekam; außerdem haben auch noch die Distrikte zugelegt. Die Verhältnisse haben aber wirklich sich sehr geändert. Wenn aber noch ein Amtsgerichtssitz sein sollte, bei welchem es notwendig ist, eine Remuneration eintreten zu lassen, so mögen eben diese singulären Zuschüsse gegeben werden. Daraus folgert aber noch lange nicht, daß diese Institution haltbar wäre. Ich für meine Person plaidiere dafür, daß die Bezirksarztstellvertreter keine Berechtigung mehr haben.

Vorsitzender: Es hat niemand mehr das Wort gewünscht. Ich möchte nun den Herren mitteilen, daß gestern angeregt wurde, die nächste Landesversammlung in Landshut abzuhalten. Es wäre uns angenehm, wenn wir aus der Reihe der Vereinsmitglieder eine Anregung bekommen würden. Dem Gebrauche entspricht es, stets zu wechseln. Nun ist es im Königreich Bayern schwer, einen Ort zu finden, der für die einen oder anderen nicht zu weit entlegen ist, und in dieser Beziehung ist natürlich Landshut nicht besonders günstig. Wir haben aber stets zwischen Norden und Süden abgewechselt, und sind auch durchaus nicht immer auf eine Kreishauptstadt angewiesen.

Med.-Rat Dr. **Vanselow**-Bad Kissingen: Ich bin zwar nicht autorisiert, aber vielleicht dürfte ich doch zu erwägen geben, ob nicht einmal Bad Kissingen in Betracht gezogen werden könnte. Ich gebe gern zu, daß es, ebenso wie Landshut, an der Grenze liegt, aber anderseits habe ich die feste Ueberzeugung, daß Sie von einer Tagung in Bad Kissingen außerordentlich angenehm berührt sein werden. Von seiten der Königl. Regierung und der Stadt dürfte alles geschehen, um Ihren Aufenthalt dort zu einem außerordentlich angenehmen zu machen. Außerdem weiß ich, daß es sehr viele Kollegen gibt, die über die Badeverhältnisse viel zu wenig unterrichtet sind. Es ist das ein Mangel des Universitäts-Unterrichts. Ich glaube daher, daß, wenn die Herren sich entschließen könnten, nach Bad Kissingen zu kommen, dies außerordentlich instruktiv für Sie sein würde. 4½ Millionen sind, bezw. werden in aller-

nächster Zeit verbaut. Es sind Einrichtungen, die wirklich wert sind, daß man sie besucht.

Vorsitzender: Wir danken Herrn Med.-Rat Dr. Vanselow für die Anregung und Einladung und werden den Vorschlag im Auge behalten.

Dr. Dollmann-München: Es wurde von verschiedenen Seiten der Wunsch geäußert, es möge der Turnus nicht so strikte eingehalten werden, daß die 8 Kreise der Reihe nach genommen werden müssen, sondern es möchten doch in nicht allzu großen Zeiträumen inzwischen Orte mit Hochschulen berührt werden. Es ist der Wunsch namentlich ausgesprochen worden von verschiedenen Herren, welche draußen in Tätigkeit sind; es könnten speziell in München gleichzeitig andere Zwecke mit verfolgt werden. Es ließen sich hier wissenschaftliche Studien mit der Landesversammlung verbinden oder auch persönliche Angelegenheiten in der Hauptstadt erledigen. Aus diesem rein praktischen Grunde erlaube ich mir nahezulegen, ob nicht für das nächste Jahr München in Frage kommen könnte.

Vorsitzender: Die Herren Delegierten haben gestern Landshut vorgeschlagen und ich möchte deshalb diesem Antrage zunächst Ausdruck verleihen.

„Landshut“ wird angenommen.

Ich habe nun noch eventuelle Wünsche und Anregungen in Empfang zu nehmen. Es meldet sich niemand zum Wort.

Wir sind am Schlusse unserer Landesversammlung. Ich spreche im Namen aller Kollegen, aller Mitglieder unseres Vereins, wenn ich nochmals der höchsten Stelle für das uns bewiesene Entgegenkommen den aufrichtigsten Dank zum Ausdrucke bringe, zugleich den wärmsten Dank den Herren Vertretern der Staatsregierung. Dank allen verehrten Kollegen für ihr Erscheinen, womit sie das Wohlwollen, das Interesse an den Bestrebungen unseres Vereins bekundet haben.

In der vorjährigen Versammlung habe ich betont, daß wir erst beim Beginne der Lösung unserer Aufgaben stehen, daß wir diese aber in treuer Gemeinschaft mit idealer Begeisterung lösen wollen. In diesem Sinne haben wir begonnen, wir schreiten mit vereinten Kräften dem Ziele entgegen. Auf glückliches Wiedersehen im nächsten Jahre!

(Lebhafter Beifall.)



Verzeichnis

der

Teilnehmer an der VII. Landesversammlung

des

Bayerischen Medizinalbeamtenvereins

zu

Bamberg.

Herr Ministerialrat Prof. Dieudonné, „ Ober-Regierungsrat L. Huber, „ Bezirksarzt Dr. Gebhardt (Mitglied), — als Vertreter des K. Staatsministeriums.
„ Oberbürgermeister Lutz, „ Stadtbaurat Schmütz, — als Vertreter der Stadt Bamberg.
„ Reg.- u. Med.-Rat Prof. Dr. Messerer, als Vertreter der K. Kreisregierung von Oberbayern.
„ „ Dr. Utz, als Vertreter der K. Kreisregierung von Niederbayern (Mitglied).
„ „ „ Burgl, als Vertreter der K. Kreisregierung der Oberpfalz (Mitglied).
„ „ „ Obermayr, als Vertreter der K. Kreisregierung von Oberfranken (Mitglied).
„ „ „ Bruglocher, als Vertreter der K. Kreisregierung von Mittelfranken (Mitglied).
„ „ „ Egger, als Vertreter der K. Kreisregierung von Unterfranken (Mitglied).

Außerdem folgende Mitglieder:

I. Oberbayern.

1. Dr. Angerer, Ernst, Bezirksarzt in München.
2. „ Dollmann, prakt. Arzt in München.
3. „ Henkel, Med.-Rat, Bezirksarzt in München.
4. „ Pallikan, Polizeiarzt in München.

II. Niederbayern.

1. Dr. Schmid, Med.-Rat, Bezirksarzt in Vilshofen.
2. „ Schütz, Bezirksarzt in Vilsbiburg.
3. „ Weber, Emanuel, Bezirksarzt in Kelheim.

III. Pfalz.

1. Dr. Alafberg, Med.-Rat, Bezirksarzt in Ludwigshafen a. Rh.
2. „ Kühn, Landgerichts- u. Bezirksarzt in Kaiserslautern.
3. „ Müller, Max, Bezirksarzt in Homburg.

IV. Oberpfalz.

1. Dr. Boecale, Bezirksarzt in Stadtamhof.
2. „ Deppisch, Bezirksarzt in Ober-Viechtach.
3. „ Grundler, Bezirksarzt in Neumarkt.
4. „ Lauer, Bezirksarzt in Riedenburg.

5. Dr. **Schmidt**, Felix, Bezirksarzt in Neustadt a. W.-N.
6. „ **Schmidt**, Georg, Bezirksarzt in Nabburg.

V. Oberfranken.

1. Dr. **Bitton**, Bezirksarzt in Forchheim.
2. „ **Braun**, Friedrich, Bezirksarzt in Kulmbach.
3. „ **Büller**, Bezirksarzt in Stadtsteinach.
4. „ **Bullinger**, Bahnarzt in Burgkundstadt.
5. „ **Ernst**, Bahnarzt in Hof.
6. „ **Göttling**, Direktor der Entbindungsanstalt und Hebammenschule Bamberg.
7. „ **Hofman**, Alban, Bezirksarzt in Naila.
8. „ **Kröhl**, bezirksärztl. Stellvertreter in Scheßlitz.
9. „ **Löffler**, Franz, Bezirksarzt in Bamberg.
10. „ **Meixner**, Bahnarzt in Lichtenfels.
11. „ **Roth**, Friedrich, Med.-Rat, Bezirksarzt a. D. in Bamberg.
12. „ **Roth**, Joh. Herm., Bahnarzt in Bamberg.
13. „ **Schneller**, Bezirksarzt in Bamberg.
14. „ **Schultz**, Bezirksarzt in Teuschnitz.
15. „ **Sölch**, Bezirksarzt in Münchberg.
16. „ **Uebl**, Bezirksarzt in Berneck.
17. „ **Zinn**, Med.-Rat, Landgerichtsarzt in Bamberg.
18. „ **Zorn**, Bezirksarzt in Lichtenfels.

VI. Mittelfranken.

1. Dr. **Baudel**, Physikatsassistent in Nürnberg.
2. „ **Bischof**, Bezirksarzt in Erlangen.
3. „ **Bschorer**, Bezirksarzt in Neustadt a. A.
4. „ **Dörfler**, Bezirksarzt in Weißenburg i. B.
5. „ **v. Ebner**, Freiherr, Physikatsassistent in Nürnberg.
6. „ **Frickhinger**, Landgerichtsarzt in Nürnberg.
7. „ **Glauning**, Bahnarzt in Nürnberg.
8. „ **Göhring**, Bezirksarzt in Rothenburg o. T.
9. „ **Hofmann**, Heinrich, Bezirksarzt in Uffenheim.
10. „ **Knehr**, Landgerichtsarzt in Nürnberg.
11. „ **Merkel**, Sigmund, Bezirksarzt in Nürnberg.
12. „ **Raab**, Bezirksarzt in Schwabach.
13. „ **Schlier**, Bezirksarzt in Lauf.
14. „ **Fürth**, Bezirksarzt in Fürth.
15. „ **Weber**, prakt. Arzt in Burghaslach.
16. „ **Wetzel**, Med.-Rat, Bezirksarzt in Nürnberg.

VII. Unterfranken.

1. Dr. **Baumgart**, Bezirksarzt in Miltenberg a. M.
2. „ **Blanalt**, Bezirksarzt in Würzburg.
3. „ **Bleser**, prakt. Arzt in Alzenau.
4. „ **Hohenberger**, Bezirksarzt in Haßfurt.
5. „ **Hock**, prakt. Arzt in Wörth a. M.
6. „ **Kihn**, Bezirksarzt in Schweinfurt.
7. „ **Maar**, Bezirksarzt in Hammelburg.
8. „ **Marzell**, Bezirksarzt in Kitzingen.
9. „ **Ruß**, bezirksärztl. Stellvertreter in Eltmann.
10. „ **Stickl**, Bezirksarzt in Ebern.
11. „ **Vanselow**, Med.-Rat, Bezirksarzt in Kissingen.

VIII. Schwaben.

1. Dr. **Böhm**, Med.-Rat, Bezirksarzt in Augsburg.
2. „ **Borger**, Bezirksarzt in Illertissen.
3. „ **Graßl**, Bezirksarzt in Lindau.
4. „ **Medicus**, Bahnarzt in Bobingen.
5. „ **Neidhardt**, Bezirksarzt in Augsburg.
6. „ **Steindl**, bezirksärztl. Stellvertreter in Rain.
7. „ **Wiedemann**, Bezirksarzt in Neu-Ulm.

ZEITSCHRIFT
für
MEDIZINAL-BEAMTE

Zentralblatt für das gesamte Gesundheitswesen,
für gerichtliche Medizin, Psychiatrie und Irrenwesen.

Herausgegeben
von

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Otto Rapmund
Reg.- und Medizinalrat in Minden.

Offizielles Organ des Deutschen, Preussischen, Bayerischen, Sächsischen, Württembergischen, Badischen, Mecklenburgischen und Elsass-Lothringischen Medizinalbeamten-Vereins.

XXIV. Jahrgang. 1911.

Zweite Beilage:
Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.



Berlin W. 35.
FISCHER'S MEDIZIN. BUCHHANDLUNG.
H. KORNFELD.
Herzogl. Bayer. Hof- und K. K. Kammer-Buchhändler.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Inhalt.

I. Rechtsprechung.

1. Entscheidungen des Reichsgerichts.

---

2. Entscheidungen des Königl. Preussischen Kammergerichts, sowie anderer Preussischen Oberlandesgerichte und Landgerichte.[1])

---

3. Entscheidungen der Oberlandesgerichte und Landgerichte anderer deutschen Bundesstaaten.

[1]) Wo kein besonderer Vermerk angegeben, sind die Urteile solche des Königl. Preuß. Kammergerichts.

---

4. Entscheidungen des Königl. Preuss. Oberverwaltungsgerichts.

---

5. Entscheidungen der Verwaltungsgerichtshöfe anderer Bundesstaaten.

---

6. Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

---

7. Urteile und Beschlüsse des preussischen ärztlichen Ehrengerichtshofes.

II Medizinalgesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

B. Königreich Preussen.

1. Gesetze und Ministerialerlasse.

2. Verfügungen u. Polizeiverordnungen in den einzelnen Regierungsbezirken.

C. Königreich Bayern.

D. Königreich Sachsen.

E. Königreich Württemberg.

F. Grossherzogtum Baden

G. Grossherzogtum Hessen.

H. Grossherzogtum Oldenburg.

I. Herzogtum Braunschweig.

K. Herzogtum Anhalt.

L. Herzogtum Sachsen-Coburg-Gotha.

M. Fürstentum Lippe.

N. Fürstentum Reuss j. L

O. Freie und Hansestadt Hamburg.

P. Elsass-Lothringen.

Sach-Register.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 1. 5. Januar. 1911.

Rechtsprechung.

Die Ankündigung von Dr. Müllers Busen-Emulsion als unübertreffliches Mittel, einen üppigen Busen hervorzurufen, ist wegen unlauteren Wettbewerbs strafbar. Urteil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 17. Dezember 1910.

Gefärbter Himbeersaft ist, auch wenn die Färbung durch einen unschädlichen Teerfarbstoff erfolgt ist, als strafbare Vortäuschung des Publikums im Sinne des Nahrungsmittelgesetzes anzusehen. Urteil des Oberlandsgerichts in Breslau (Str.-S.) vom 29. November 1910.

Ein Apotheker, der die ihm von der Aufsichtsbehörde bewilligte „Ausgehezeit" länger ausdehnt, macht sich wegen Uebertretung des § 40 der Preussischen Apothekenbetriebsordnung strafbar. Urteil des Preußischen Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 12. Dezember 1910.

Das Exklusivprivileg einer Apotheke bei Errichtung einer zweiten Apotheke an demselben Orte. Erkenntnis des Königlichen Oberverwaltungsgerichts vom 28. April 1910.

Das Oberverwaltungsgericht hat bereits in der Entscheidung vom 2. Dezember 1907, zu einem ähnlichen Antrage auf Festsetzung der Entschädigung für Aufhebung eines mit einer Apothekengerechtigkeit verbunden gewesenen Exklusivrechts Stellung genommen. An den dort ausgesprochenen Grundsätzen ist festzuhalten. Danach ist das Verwaltungsstreitverfahren auch im vorliegenden Falle zulässig. Für die Entschädigungspflicht und für die Festsetzung der Entschädigung sind nicht die Bestimmungen des Gesetzes vom 17. Januar 1875 maßgebend, sondern ihre Regulierung erfolgt nach §§ 32 ff. des Gesetzes vom 7. September 1811, § 8 der Verordnung vom 24. Oktober 1811 und § 8 ff. der Deklaration vom 11. Juli 1822. Das vorliegende Verfahren hat sich auf die Ermittelung und Feststellung der Entschädigung, einschließlich der Festsetzung der näheren Modalitäten der Auszahlung (Tilgung) und der Verzinsung des Entschädigungskapitals zu beschränken. Ueber die Aufbringung der einzelnen Zins- und Tilgungsbeträge ist im Verwaltungsstreitverfahren nicht Entscheidung zu treffen. Hierbei sind die genannten gesetzlichen Bestimmungen unmittelbar maßgebend. Danach sind die jeweilich fällig werdenden Zins- und Tilgungsraten von denjenigen Personen aufzubringen, die während des jeweilig in Frage kommenden Zeitraums in St. das Apothekergewerbe betrieben haben oder betreiben und zwar mangels anderweiter Vereinbarung der Beteiligten nach Maßgabe der für die betreffenden Apotheker veranlagten Gewerbesteuer. Solange Kläger selbst eine Apotheke in St. betreibt, hat er zur Aufbringung dieser Kosten anteilig, jedoch unter Beachtung der Bestimmung in § 5 Abs. 2 der Deklaration vom 11. Juli 1822, beizutragen. Sache des Magistrats ist es, die Beiträge unter Aufsicht der Kommunalaufsichtsbehörde einzuziehen und an den Kläger, gegebenenfalls an dessen Erben abzuführen. Soweit durch die Beiträge ein Verpflichteter „außer Nahrungszustand gesetzt" wird, muß gemäß §§ 5 ff. der Deklaration vom 11. Juli 1822 die Stadtgemeinde St. die notwendigen Zuschüsse leisten.

Es kommt also im vorliegenden Verfahren zunächst darauf an, die Höhe der dem Kläger zustehenden Entschädigung, d. h. den Wert des klägerischen Exklusivrechts am 1. November 1810 (§ 34 des Gesetzes vom 7. September 1811) zu ermitteln. Zu Unrecht nimmt der Bezirksausschuß an, daß auch jetzt noch die von der Stadtverordnetenversammlung festgesetzte Taxe die Grundlage des Verfahrens bilden müsse. Nachdem § 133 des Zuständigkeitsgesetzes die Zuständigkeit des Verwaltungsrichters begründet hat, kommt eine Taxe der Stadtverordnetenversammlung, wie sie nach früherem Rechte vorgeschrieben war, als Teil der Grundlage des Verfahrens überhaupt nicht mehr in Betracht. Immerhin können eine vorausgegangene Taxe der Stadtverordnetenversammlung und das von dieser etwa herbeigeschaffte Material bei freier Beweiswürdigung (§ 79 des Landesverwaltungsgesetzes) auch von dem Verwaltungsrichter berücksichtigt werden. In diesem Sinne können auch die Ermittelungen der Stadtverordnetenversammlung zu St. hier verwertet werden.

Die Stadtverordnetenversammlung ist auf Grund eingehender Ermittelungen zu folgender Entschädigungsfestsetzung gelangt. Es ist von den Kaufpreisen ausgegangen, die für die Apotheke nebst dem Grundstück und allem Zubehör bei den Verkäufen im Jahre 1779 und 1819 gezahlt sind. Andere Verkäufe unter nicht verwandten Personen, also mit einem dem vermutlichen Werte entsprechenden Kaufpreise, hätten in dem zwischen beiden Jahren gelegenen Zeitraum nicht stattgefunden. Nach dem Inhalt der Grundakten haben der Kaufpreis im Jahre 1799 = 1900 Taler und 1819 = 13500 Taler betragen, was auf das Jahr gerechnet, einer Wertsteigerung von 870 Mark entspreche. Danach ist der Wert der ganzen Apotheke im Jahre 1810 berechnet auf 32670 Mark. Hiervon sind zunächst in Abzug gebracht (§§ 6 ff. des Gesetzes vom 7. September 1811) $^1/_5$ als Wert des Hauses = 6534 Mark und 1000 Mark als Wert der mit der Apotheke verbunden gewesenen Branntweinbrennereigerechtigkeit, von dem Ueberrest von 25136 Mark dann weiter noch $^3/_7$ als Wert alles Beilasses, sodaß sich als Wert der Apothekergerechtigkeit und des Exklusivrechts ein Betrag von 14363,44 Mark ergibt. Hiervon entfalle auf das letztere Recht allein die Hälfte = 7181,72 Mark. Dem ist hinzugesetzt der kapitalisierte Betrag einer auf dem Realrecht lastenden Kämmereiabgabe von 4 Taler 20 Silbergroschen = 311 Mark, sodaß sich die Gesamtentschädigung auf 7492,72 Mark beläuft.

Dieser Betrag ist jetzt von beiden Beklagten nicht mehr bemängelt worden. Nur Kläger will ihn wesentlich hinaufgesetzt wissen. Er hat aber irgendwelche brauchbaren Beweismittel dafür, daß der Betrag zu niedrig bemessen sei, nicht vorgebracht. Seine Bezugnahme auf die Preise von Apothekergrundstücken und -Gerechtigkeiten in anderen Städten ist nicht geeignet, die Taxe der Stadtverordnetenversammlung zu widerlegen, da nicht ersichtlich ist, daß die maßgebenden Verhältnisse denjenigen St.'s gleich oder mit ihnen vergleichbar sind. Auch eine Anhörung der von dem Kläger vorgeschlagenen Sachverständigen konnte unterbleiben; da es an jedem Anhalt dafür fehlt, daß ihnen eine Sachkunde darüber beiwohnt, welchen Wert die klägerische Apotheke und speziell das streitige Exklusivrecht im Jahre 1810 hatte, und daß ihnen ein größeres Gewicht beizulegen ist, als der in eingehender und sachkundiger Weise begründeten Schätzung der Stadtverordnetenversammlung und ihrer Kommission. Insofern die Schätzung zu Bedenken Anlaß gibt, könnten diese nur zu einer Herabsetzung der Taxe führen. So z. B. erscheint es nicht angängig, mit einer gleichmäßigen Wertsteigerung von 1779 bis 1819 zu rechnen. Nach den politischen Verhältnissen im Jahre 1810 läßt sich ohne weiteres annehmen, daß der Wert der Apotheke in diesem Jahre niedriger war, als der Betrag, der einer gleichmäßigen Wertsteigerung innerhalb des Zeitraumes von 1779 bis 1819 entsprechen würde. Gegen die Schätzung des Wertes der Branntweinbrennereigerechtigkeit (= 1000 Mark) und des Hauses (= $^1/_5$ des Wertes der ganzen Apotheke nebst Zubehör) ist nichts zu erinnern. Auch die Annahme, daß der Beilaß auf $^3/_7$ des Wertes der Apotheke (ohne das Grundstück) zu bemessen sei, erscheint zumal im Hinblick auf ähnliche frühere Schätzungen hinsichtlich der Apotheken zu O. und zu Sch. begründet. Selbst wenn man aber den Wert des Hauses und des Beilasses noch etwas herabsetzen will, so wird dies zunächst dadurch

ausgeglichen, daß, wie bemerkt, der Wert der ganzen Apotheke zu hoch angenommen ist. Hierzu kommt, daß es kaum gerechfertigt ist, von dem Werte der ganzen Apothekengerechtigkeit je die Hälfte auf das Exklusivrecht und auf das bestehen gebliebene Realrecht oder gar, wie der Bezirksausschuß ohne nähere Angabe von Gründen will, für letzteres nur 1/3 und für ersteres Recht 2/3 zu rechnen. Der Wert des Rechtes, andere von dem Gewerbe eines Apothekers zu St. auszuschließen, hängt wesentlich mit davon ab, ob in dem maßgebenden Jahre 1810 mit der Möglichkeit der Errichtung einer zweiten Apotheke daselbst für absehbare Zeit überhaupt zu rechnen war. Hierbei kommen allein die Verhältnisse der Stadt St. in Betracht, auf die das klägerische Recht beschränkt war. Berücksichtigt man, daß St. damals eine kleine Landstadt mit mäßiger Einwohnerzahl und geringem Verkehr war, so war die Wahrscheinlichkeit der Errichtung einer zweiten Apotheke dort im Jahre 1810 für lange Zeit hinaus eine sehr geringe. Tatsächlich ist mit der Errichtung einer solchen erst lange Jahrzehnte nachher vorgegangen. Hieraus läßt sich der Schluß ziehen, daß der Wert des Exklusivrechts im Jahre 1810 nicht die Hälfte des Wertes der ganzen Apothekergerechtigkeit ausmachte. Berücksichtigt man auf der andern Seite, daß beide Beklagte mit der Festsetzung des Wertes auf 7492,72 Mark einverstanden sind, so muß bei freier Würdigung aller maßgebenden Verhältnisse dieser Betrag als angemessen angesehen werden. Die Entschädigung war also in dieser Höhe festzusetzen.

Nach den mehrfach angegebenen, hier anwendbaren gesetzlichen Bestimmungen hat Kläger keinen Anspruch darauf, den Entschädigungsbetrag sofort in einer Summe ausgezahlt zu erhalten. Er muß sich vielmehr eine Amortisation des Kapitals bei 4½ prozentiger Verzinsung in 27 Jahren gefallen lassen, in der Weise, wie dies in dem Ablösungsplan der Stadtverordnetenversammlung vom 19. Juni 1905 zutreffend und angemessen festgesetzt ist. Tilgung und Verzinsung haben erst nach Erlaß dieser Entscheidung, also rund vom 1. Juli 1910 ab zu beginnen. Außerdem steht dem Kläger aber die landesübliche Verzinsung (4 Prozent) des Entschädigungsbetrages für die Zeit seit Errichtung der zweiten Apotheke, d. h. vom 25. August 1901 bis zum 30. Juni 1910 zu. Diese Zinsbeträge sind sofort einzuziehen. Zu einer Verteilung auf mehrere Jahre gemäß § 9 der Deklaration vom 11. Juli 1822 liegt keine ausreichende Veranlassung vor.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Nachweisung der im Jahre 1909 amtlich gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 5. Dezember 1910 — M. d. g. A. Nr. 12545 II — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euerer pp. übersende ich in der Anlage ergebenst eine Nachweisung der im Jahre 1909 amtlich gemeldeten Erkrankungen und Todesfälle an übertragbaren Krankheiten, welche auf Grund der seinerzeit eingereichten berichtigten Jahresnachweisung zusammengestellt worden ist, zur gefälligen Kenntnisnahme. In einer besonderen Spalte sind auch die Zahlen der Todesfälle verzeichnet, welche von dem statistischen Landesamt auf Grund der standesamtlichen Sterbekarten ermittelt worden sind.

Aus ihrem Vergleich geht hervor, daß die sanitätspolizeilichen Zahlen wiederum vielfach, besonders bei Diphtherie, Tuberkulose und Scharlach, erheblich hinter den standesamtlichen zurückbleiben. Es ist daher in geeigneter Weise erneut darauf aufmerksam zu machen, daß auch die Todesfälle an übertragbaren Krankheiten, wenngleich die Erkrankung bereits angezeigt war, gemäß den Allgemeinen Ausführungsbestimmungen zu § 1 des Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. August 1905, amtlich zu melden sind.

Nach

über die im Preußischen Staate im Jahre 1909
aufgestellt auf Grund der von den Regierungspräsidenten auf
berichtigten

Regierungsbezirke	Aussatz			Cholera			Diphtherie			Fleckfieber			Kindbettfieber		
	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet
Königsberg	8	3	8	5	3	3	1381	100	238	—	—	—	126	34	41
Gumbinnen	—	—	—	33	8	5	388	39	244	—	—	—	83	31	26
Allenstein	—	—	—	—	—	—	540	124	224	—	—	—	74	21	20
Danzig	—	—	—	—	—	—	1327	196	330	—	—	—	170	66	60
Marienwerder	—	—	—	—	—	—	1638	128	426	—	—	—	198	50	49
Berlin	—	—	—	—	—	—	7837	787	665	—	—	—	279	108	164
Potsdam	—	—	—	—	—	—	3721	278	552	—	—	—	276	72	129
Frankfurt	—	—	—	—	—	—	2602	130	252	—	—	—	197	38	48
Stettin	—	—	—	1	1	1	2153	136	202	2	—	—	157	28	45
Köslin	—	—	—	—	—	—	1343	93	183	—	—	—	86	25	22
Stralsund	—	—	—	—	—	—	375	24	43	—	—	—	33	7	13
Posen	—	—	—	—	—	—	2817	243	449	—	—	—	274	70	67
Bromberg	—	—	—	—	—	—	1076	93	281	—	—	—	112	36	29
Breslau	—	—	—	—	—	—	2335	185	285	—	—	—	290	96	84
Liegnitz	—	—	—	—	—	—	1818	97	170	—	—	—	177	62	64
Oppeln	—	—	—	—	—	—	2065	371	623	5	—	—	407	90	109
Magdeburg	—	—	—	—	—	—	4063	160	339	—	—	—	153	30	48
Merseburg	—	—	—	—	—	—	5979	328	561	—	—	—	164	33	50
Erfurt	—	—	—	—	—	—	1744	157	199	—	—	—	75	21	24
Schleswig	—	—	—	—	—	—	3041	188	248	—	—	—	205	71	76
Hannover	—	—	—	—	—	—	2987	158	353	—	—	—	69	18	24
Hildesheim	—	—	—	—	—	—	2084	129	194	—	—	—	60	13	20
Lüneburg	—	—	—	—	—	—	962	56	83	—	—	—	80	14	17
Stade	—	—	—	—	—	—	965	44	67	—	—	—	49	7	7
Osnabrück	—	—	—	—	—	—	504	36	47	—	—	—	37	16	22
Aurich	—	—	—	—	—	—	279	22	24	—	—	—	29	8	9
Münster	—	—	—	—	—	—	1146	109	151	—	—	—	116	33	41
Minden	—	—	—	—	—	—	1085	90	128	—	—	—	82	23	28
Arnsberg	—	—	—	—	—	—	3984	367	521	—	—	—	309	80	95
Cassel	—	—	—	—	—	—	2564	204	361	—	—	—	183	42	39
Wiesbaden	—	—	—	—	—	—	2056	135	172	—	—	—	119	29	45
Koblenz	—	—	—	—	—	—	712	45	87	—	—	—	114	33	29
Düsseldorf	—	—	—	—	—	—	5172	320	510	—	—	—	316	72	104
Cöln	—	—	—	—	—	—	3055	253	342	—	—	—	137	33	41
Trier	—	—	—	—	—	—	783	90	144	—	—	—	151	35	53
Aachen	—	—	—	—	—	—	1135	48	120	—	—	—	73	21	27
Sigmaringen	—	—	—	—	—	—	175	13	14	—	—	—	16	5	3
Zusammen	3	3	8	33	12	9	77891	5976	9832	7	—	—	4376	1471	1772

Einführung des Deutschen Arzneibuches, V. Ausgabe 1910. Erlaß und Bekanntmachung des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 15. Dezember 1910.

Die beiliegende Bekanntmachung über das Inkrafttreten des Deutschen Arzneibuchs, 5. Ausgabe 1910, ersuche ich sofort durch das Amtsblatt zu veröffentlichen und dabei zu bemerken, daß das Arzneibuch in R. von Deckers Verlag (G. Schenck) zu Berlin erschienen und im Wege des Buchhandels

weisung

amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten, den Erlaß vom 4. März 1908 — M. Nr. 12544/07 — eingereichten Jahresnachweisungen.

Lungen- u. Kehlkopf-tuberkulose		Milzbrand			Pocken			Rotz			Rückfall-fieber		
Todesfälle		Erkrankungen	Todesf.		Erkrankungen	Todesf.		Erkrankungen	Todesf.		Erkrankungen	Todesf.	
sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich[1]) gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet
685	1239	2	1	1	51	2	3	—	—	—	—	—	—
179	722	—	—	—	21	4	1	—	—	—	—	—	—
184	457	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—
612	1075	—	—	—	21	2	2	—	—	—	—	—	—
220	1103	3	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—
3301	4514	8	1	—	4	1	1	2	1	2	—	—	—
1567	3661	4	—	—	5	—	—	1	1	2	—	—	—
746	1821	7	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
635	1258	2	—	—	15	2	1	—	—	—	—	—	—
324	786	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
115	362	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—
731	2006	4	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
277	1035	3	—	—	4	2	2	—	—	—	—	—	—
2292	3528	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
921	1692	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
1392	3746	6	2	2	15	1	1	—	—	—	1	—	—
919	1835	2	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—
948	1565	2	—	—	7	2	2	—	—	—	1	—	—
373	660	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1291	2020	19	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
557	1264	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
565	924	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
441	729	2	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—
246	617	4	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
418	685	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
213	424	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1125	1645	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
485	1257	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
3793	3616	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1070	1568	5	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
915	2091	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
487	1082	8	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3737	5264	3	—	—	9	3	3	—	—	—	—	—	—
1253	2219	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
1018	1431	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
497	886	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
61	84	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34 593	60 871	123	17	16	190	21	18	3	2	4	2	—	—

[1]) Betrifft sämtliche Todesfälle an Tuberkulose.

zum Ladenpreise von 3 M. 90 Pf. für ein broschiertes und von 5 M. 70 Pf. für ein in Leder gebundenes Exemplar zu beziehen ist.

Das Verzeichnis der Arzneimittel nach dem Deutschen Arzneibuch, 5. Ausgabe 1910, zum Gebrauch bei den Apothekenbesichtigungen ist bei der Buchhandlung von A. Hirschwald in Berlin erschienen und dort zum Preise von 60 Pf. zu haben.

Nach

über die im Preußischen Staate im Jahre 1909
aufgestellt auf Grund der von den Regierungspräsidenten auf
berichtigten

Regierungsbezirke	Aussatz			Cholera			Diphtherie			Fleckfieber			Kindbettfieber		
	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet
Königsberg	3	3	3	5	3	3	1381	100	238	—	—	—	126	34	41
Gumbinnen	—	—	—	33	8	5	388	39	244	—	—	—	83	31	26
Allenstein	—	—	—	—	—	—	540	124	224	—	—	—	74	21	20
Danzig	—	—	—	—	—	—	1327	196	330	—	—	—	170	66	60
Marienwerder	—	—	—	—	—	—	1638	128	426	—	—	—	198	50	49
Berlin	—	—	—	—	—	—	7837	787	665	—	—	—	279	108	164
Potsdam	—	—	—	—	—	—	3721	278	552	—	—	—	276	72	129
Frankfurt	—	—	—	—	—	—	2602	130	252	—	—	—	197	38	48
Stettin	—	—	—	1	1	1	2153	136	202	2	—	—	157	28	45
Köslin	—	—	—	—	—	—	1343	93	183	—	—	—	86	25	22
Stralsund	—	—	—	—	—	—	375	24	43	—	—	—	33	7	13
Posen	—	—	—	—	—	—	2817	243	449	—	—	—	274	70	67
Bromberg	—	—	—	—	—	—	1076	93	281	—	—	—	112	36	29
Breslau	—	—	—	—	—	—	2335	185	285	—	—	—	290	96	84
Liegnitz	—	—	—	—	—	—	1818	97	170	—	—	—	177	62	64
Oppeln	—	—	—	—	—	—	2065	371	623	5	—	—	407	90	109
Magdeburg	—	—	—	—	—	—	4063	160	339	—	—	—	153	30	48
Merseburg	—	—	—	—	—	—	5979	328	561	—	—	—	164	33	50
Erfurt	—	—	—	—	—	—	1744	157	199	—	—	—	75	21	24
Schleswig	—	—	—	—	—	—	3041	188	248	—	—	—	205	71	76
Hannover	—	—	—	—	—	—	2987	158	353	—	—	—	69	18	24
Hildesheim	—	—	—	—	—	—	2084	129	194	—	—	—	60	13	20
Lüneburg	—	—	—	—	—	—	962	56	83	—	—	—	80	14	17
Stade	—	—	—	—	—	—	965	44	67	—	—	—	49	7	7
Osnabrück	—	—	—	—	—	—	504	36	47	—	—	—	37	16	22
Aurich	—	—	—	—	—	—	279	22	24	—	—	—	29	8	9
Münster	—	—	—	—	—	—	1146	109	151	—	—	—	116	33	41
Minden	—	—	—	—	—	—	1085	90	128	—	—	—	82	23	28
Arnsberg	—	—	—	—	—	—	3984	367	521	—	—	—	309	80	95
Cassel	—	—	—	—	—	—	2564	204	361	—	—	—	183	42	39
Wiesbaden	—	—	—	—	—	—	2056	135	172	—	—	—	119	29	45
Koblenz	—	—	—	—	—	—	712	45	87	—	—	—	114	33	29
Düsseldorf	—	—	—	—	—	—	5172	320	510	—	—	—	316	72	104
Cöln	—	—	—	—	—	—	3055	253	342	—	—	—	137	33	41
Trier	—	—	—	—	—	—	783	90	144	—	—	—	151	35	53
Aachen	—	—	—	—	—	—	1135	48	120	—	—	—	73	21	27
Sigmaringen	—	—	—	—	—	—	175	13	14	—	—	—	16	5	3
Zusammen	3	3	3	33	12	9	77 891	5976	9832	7	—	—	4376	1471	1772

Einführung des Deutschen Arzneibuches, V. Ausgabe 1910. Erlaß und Bekanntmachung des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 15. Dezember 1910.

Die beiliegende Bekanntmachung über das Inkrafttreten des Deutschen Arzneibuchs, 5. Ausgabe 1910, ersuche ich sofort durch das Amtsblatt zu veröffentlichen und dabei zu bemerken, daß das Arzneibuch in R. von Deckers Verlag (G. Schenck) zu Berlin erschienen und im Wege des Buchhandels

weisung

amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten, den Erlaß vom 4. März 1908 — M. Nr. 12544/07 — eingereichten Jahresnachweisungen.

Lungen- u. Kehlkopftuberkulose		Milzbrand			Pocken			Rotz			Rückfallfieber		
Todesfälle		Erkrankungen	Todesf.		Erkrankungen	Todesf.		Erkrankungen	Todesf.		Erkrankungen	Todesf.	
sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich[1] gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet
685	1239	2	1	1	51	2	3	—	—	—	—	—	—
179	722	—	—	—	21	4	1	—	—	—	—	—	—
184	457	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—
612	1075	—	—	—	21	2	2	—	—	—	—	—	—
220	1103	3	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—
3301	4514	8	1	—	4	1	1	2	1	2	—	—	—
1567	3661	4	—	—	5	—	—	1	1	2	—	—	—
746	1821	7	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
635	1258	2	—	—	15	2	1	—	—	—	—	—	—
324	786	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
115	362	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—
731	2006	4	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
277	1035	3	—	—	4	2	2	—	—	—	—	—	—
2292	3528	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
921	1692	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
1392	3746	6	2	2	15	1	1	—	—	—	1	—	—
919	1835	2	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—
948	1565	2	—	—	7	2	2	—	—	—	1	—	—
373	660	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1291	2020	19	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
557	1264	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
565	924	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
441	729	2	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—
246	617	4	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
418	685	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
213	424	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1125	1645	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
485	1257	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
3793	3616	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1070	1568	5	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
915	2091	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	-	—
487	1082	8	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3737	5264	3	—	—	9	3	3	—	—	—	—	—	—
1253	2219	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
1018	1431	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
497	886	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
61	84	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34 593	60 871	123	17	16	190	21	18	3	2	4	2	—	—

[1]) Betriffr sämtliche Todesfälle an Tuberkulose.

zum Ladenpreise von 3 M. 90 Pf. für ein broschiertes und von 5 M. 70 Pf. für ein in Leder gebundenes Exemplar zu beziehen ist.

Das Verzeichnis der Arzneimittel nach dem Deutschen Arzneibuch, 5. Ausgabe 1910, zum Gebrauch bei den Apothekenbesichtigungen ist bei der Buchhandlung von A. Hirschwald in Berlin erschienen und dort zum Preise von 60 Pf. zu haben.

Nachweisung über die im Preußischen Staate im Jahre 1909 amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten.

Ruhr			Scharlach			Typhus			Spinale Kinderlähmung		Fleisch-, Fisch- u. Wurstvergiftung			Regierungsbezirke
Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesfälle, sanitätspolizeil. gem.	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	
2	—	2	1055	81	121	265	22	39	3	—	—	—	—	Königsberg
3	—	5	1219	185	231	179	34	39	—	—	2	—	—	Gumbinnen
—	—	2	596	73	94	235	26	30	7	1	—	—	—	Allenstein
—	—	3	1890	193	267	272	40	45	—	—	—	—	—	Danzig
4	—	3	2444	318	759	377	48	76	4	2	18	—	—	Marienwerder
2	—	2	9832	681	627	571	114	89	2	—	—	—	2	Berlin
15	—	2	4523	203	384	501	67	98	—	—	—	—	1	Potsdam
4	1	1	1881	61	120	399	57	76	11	—	9	—	—	Frankfurt
2	1	3	1220	44	63	400	55	54	45	3	1	—	1	Stettin
—	—	2	565	53	102	201	20	30	—	—	—	—	1	Köslin
—	—	—	308	6	13	87	8	14	13	1	—	—	—	Stralsund
16	3	7	2289	196	407	432	50	62	5	1	12	—	—	Posen
1	—	—	1755	193	526	516	50	80	8	1	—	—	—	Bromberg
42	10	12	2603	125	167	1337	169	160	33	5	—	—	1	Breslau
15	—	3	1817	37	74	378	61	66	3	—	9	—	—	Liegnitz
8	1	3	6940	1364	1659	501	79	80	11	—	—	—	4	Oppeln
3	—	4	3638	89	183	500	58	81	—	—	30	1	1	Magdeburg
24	5	22	3725	120	182	495	34	52	8	—	21	—	—	Merseburg
1	—	1	2576	107	105	378	54	63	4	—	—	—	—	Erfurt
1	—	—	3131	77	97	388	39	43	—	—	57	4	4	Schleswig
1	—	1	1498	27	85	178	24	40	1	—	—	—	—	Hannover
34	4	6	2071	44	68	432	39	39	33	7	—	—	—	Hildesheim
7	1	1	1066	31	58	146	12	20	1	—	—	—	—	Lüneburg
1	—	2	601	22	23	263	22	18	17	—	21	1	1	Stade
—	—	—	644	8	13	81	14	13	5	—	—	—	—	Osnabrück
—	—	1	143	4	4	16	1	5	—	—	—	—	—	Aurich
7	2	2	2551	154	189	202	33	35	38	8	—	—	1	Münster
5	1	2	840	67	75	150	21	19	35	7	9	2	2	Minden
66	6	5	8420	698	780	887	73	120	734	122	—	—	—	Arnsberg
8	1	2	3473	101	191	519	44	48	45	8	—	—	—	Cassel
4	—	1	3477	73	86	248	25	30	22	6	5	—	—	Wiesbaden
1	—	—	932	38	72	212	22	25	39	3	—	—	1	Coblenz
131	1	16	6130	180	310	483	51	81	222	32	—	—	1	Düsseldorf
2	1	2	3461	193	241	185	30	39	139	18	47	—	1	Cöln
—	—	1	842	24	39	520	83	71	6	1	—	—	—	Trier
—	—	—	1192	25	36	202	29	31	7	—	—	—	—	Aachen
—	—	1	164	3	4	10	—	—	—	—	—	—	—	Sigmaringen
410	38	120	91 512	5898	8455	13 146	1558	1911	1501	221	241	8	22	zusammen

Von hier aus vermag ich Exemplare des Arzneibuchs und des Arzneimittelverzeichnisses wie bei den früheren Ausgaben nicht mehr zur Verfügung zu stellen. Den Kreismedizinalbeamten ist die Anschaffung aus ihren Dienstaufwandsentschädigungen aufzugeben.

Bekanntmachung:[1])

Gemäß dem Bundesratsbeschluß vom 3. November d. J. (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 6. November d. J., Zentralbl. f. d. D. R. S. 644) tritt

[1]) Mehr oder weniger gleichlautende Bekanntmachungen sind in allen leren Bundesstaaten erlassen z. B. in Bayern (24. 12. 1910), Baden (18. 12.

das Deutsche Arzneibuch, 5. Auflage 1910, vom 1. Januar 1911 ab an Stelle des zurzeit geltenden Arzneibuchs für das Deutsche Reich, vierte Ausgabe.

Hierzu bestimme ich zugleich in Ergänzung der Apothekenbetriebsordnung vom 18. Februar 1902 (§§ 6, 16, 21, 22 und 26) und der Anweisung für die amtliche Besichtigung der Apotheken von demselben Tage (§§ 14 und 15) was folgt:

1. Vom 1. Januar 1911 ab muß in jeder Voll-, Zweig-, Krankenhaus- und ärztlichen Hausapotheke mindestens ein Arzneibuch für das Deutsche Reich, 5. Ausgabe 1910 (erschienen in R. von Deckers Verlag (G. Schenck) in Berlin) und in jeder Voll- und Zweig-Apotheke außerdem ein (bei A. Hirschwald in Berlin erschienenes) Arzneiverzeichnis vorhanden sein. Dieses Verzeichnis ist bei Apothekenbesichtigungen vorzulegen; die mit einem Stern bezeichneten Arzneimittel müssen in jeder Voll- oder Zweigapotheke vorrätig sein,

2. zu den nach § 6 der Apothekenbetriebsordnung für die Rezeptur erforderlichen Geräten tritt fortan noch der im Arzneibuche (allgemeine Bestimmungen Nr. 13) erwähnte, bei der Anfertigung von Arzneien zu verwendende Normaltropfenzähler,

3. in dem Vorratsraum für die trocken aufzubewahrenden Mittel oder an einer sonst geeigneten Stelle muß eine Vorrichtung zum Austrocknen der Drogen über gebranntem Kalk vorhanden sein,

4. im Abs. 5 des § 21 der Apothekenbetriebsordn. muß es künftig heißen:

„Die in dem Arzneibuche zur Prüfung der Arzneimittel vorgeschriebenen Reagentien und maßanalytischen Lösungen nebst den dazu gehörigen Geräten, nämlich mindestens:

ein Meßkolben zu 1 l,
ein „ „ 500 ccm,
ein „ „ 100 ccm Inhalt,
ein Kölbchen zu 50 ccm Inhalt mit engem, in 1/10 ccm geteiltem Hals,
vier Vollpipetten von 5, 10, 20, 25 ccm,
zwei Meßpipetten zu 5 und 10 ccm Inhalt, in 1/10 ccm abgeteilt,
zwei Büretten zu 25 bis 50 ccm Inhalt, in 1/10 ccm abgeteilt, mit Glasverschluß versehen, nebst Stativ, ferner
drei Scheidetrichter zu etwa 200 ccm Inhalt,
zwei Glaszylinder zu 100 und 200 ccm Inhalt mit Glasstöpsel, ohne Tülle, in 1/1 ccm abgeteilt,
zwei Uhrgläser mit Klemme,
eine Wage zur Bestimmung des spezifischen Gewichts und für feinere Wägungen, die bei 100 g Belastung noch 0,001 g mit Sicherheit erkennen läßt,
ein Exsikkator,
ein Luftbad,
ein Siedethermometer,
eine Einrichtung zur Bestimmung des Schmelzpunktes und des Siedepunktes nebst den erforderlichen Kapillarröhrchen,
mehrere Tiegel zur Ermittelung des Verbrennungsrückstandes,
mehrere mindestens 75 cm lange, etwa 5 mm weite Glasrohre aus Kaliglas,
mehrere Siedekölbchen, Kölbchen aus Jenaer Glas, Bechergläser und Probierrohre von ungefähr 20 mm Weite,
ein Mikroskop, das eine mindestens 350fache Linearvergrößerung leistet und mit einem Okularmikrometer ausgestattet ist,
ein Perkolator

sind vorrätig zu halten und sachgemäß in den Geschäftsräumen aufzubewahren.

Für diejenigen Reagentien, die in gebrauchsfertigem Zustand im Verkaufsraume aufgestellt sind, oder die nur bei Bedarf hergestellt werden sollen, sind besondere Standgefäße nicht erforderlich.

Die Reagentien und volumetrischen Lösungen für ärztliche Untersuchungen (Anlage III des Arzneibuchs) brauchen nicht vorrätig gehalten zu werden."

1910,) Hessen (22. 12. 1910), Mecklenburg-Schwerin (16. 12. 1910), Sachsen-Meiningen (14. 12. 1910), Hamburg (19. 12. 1910), Bremen (23./28. 12. 1910), Waldeck (22. 12. 1910).

5. Die Verwendung von Sieben aus Kupfer-, Messing- oder Bronzedraht ist nicht gestattet.

6. Der Absatz 2 des § 14 der Anweisung für die amtliche Besichtigung der Apotheken hat künftig zu lauten:

„Der pharmazeutische Bevollmächtigte führt unter Beachtung der Vorschriften des Arzneibuchs die chemische und physikalische Prüfung der dazu geeigneten, im Arzneimittelverzeichnis mit einem Stern bezeichneten, sowie auch anderer vorrätiger, namentlich solcher Mittel, aus, welche erfahrungsmäßig oft verfälscht werden oder verderben. Er stellt auch die spezifischen Gewichte der in der Anlage IV des Arzneibuchs aufgeführten und anderer geeigneter Flüssigkeiten fest."

Ferner bestimme ich:

1. Zur Anschaffung der Wage und des Mikroskops nach den neuen Anforderungen wird eine Frist bis zum 31. Dezember 1911 festgesetzt.

2. Arzneimittel, die bei dem Inkrafttreten der 5. Ausgabe des Deutschen Arzneibuchs in den Apotheken vorhanden sind und den neuen Anforderungen noch nicht entsprechen, dürfen bis zum 31. Dezember 1911 vorratig gehalten und verabfolgt werden.

3. Die in der 5. Ausgabe des Arzneibuchs neu eingeführten Bezeichnungen der Arzneimittel sind auf den Behältnissen in allen Apothekenräumen bei Neueinrichtungen sogleich, in bestehenden Apotheken spätestens bis zum 31. Dezember 1913 herzustellen.

4. Die auf Grund der Vorschriften über die Abgabe stark wirkender Arzneimittel, sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken (Bundesratsbeschluß vom 13. Mai 1896) erforderlichen Aufschriften auf den Behältnissen für solche Arzneimittel, die in der 5. Ausgabe des Arzneibuchs in den Verzeichnissen der vorsichtig (Tabelle C) oder sehr vorsichtig (Tabelle B) aufzubewahrenden Mittel aufgeführt sind, müssen in den vorgeschriebenen Farben spätestens bis zum 31. Dez. 1911 angebracht sein.

5. In bestehenden Apotheken dürfen die Gefäße der Reagentien, die die bisher übliche Bezeichnung des Reagens mit dem lateinischen Namen tragen, bis auf weiteres beibehalten werden.

6. Die in den Apotheken bereits vorhandenen Siebe (sofern sie nicht aus Kupfer-, Messing- oder Bronzedraht gefertigt sind) dürfen bis zum 31. Dezember 1915 verwendet werden, auch wenn sie hinsichtlich der Maschenweite den Anforderungen der 5. Ausgabe des Arzneibuches nicht entsprechen.

Alle entgegenstehenden Bestimmungen sind mit dem 1. Januar 1911 aufgehoben.

B. Königreich Sachsen.

Gebühren für Impfung fremdländischer Arbeiter. Verordnung des Ministerium des Innern vom 14. Dezember 1910.

Für die Impfungen, die in Gemäßheit der Ministerialverordnung vom 7. Dezember 1894 an fremdländischen Arbeitern vorzunehmen sind, haben die Aerzte zeither ihre Gebühren verschieden berechnet. Während der anscheinend größere Teil der Aerzte diese Gebühren nach § 4 der Verordnung, die anderweite Verordnung, die anderweite Ausführung des Reichsimpfgesetzes betreffend, vom 14. Dezember 1899 — Gesetz- und Verordnungsblatt 1899 Seite 623 — berechnet hat, haben andere Aerzte ihrer Berechnung die ärztliche Gebührentaxe vom 28. März 1889 zugrunde gelegt.

Um diese Ungleichheit zu beseitigen, ordnet das Ministerium des Innern an, daß für die Impfung fremdländischer Arbeiter, dafern sie nicht in öffentlichen Impfterminen mit vollzogen wird, in Zukunft, falls nicht etwa wegen der Entschädigung mit dem impfenden Arzte eine abweichende Vereinbarung getroffen ist, das Doppelte der Sätze zu berechnen ist, die in § 4 Abs. 2 der vorerwähnten Ausführungsverordnung vom 14. Dez. 1899 festgesetzt worden sind.[1])

[1]) Die Gebühr beträgt demnach 2 Mark für Impfung (einschl. Nachschau und Ausstellung eines Impfscheins) am Wohnorte des Arztes und 8 Mark außerhalb desselben.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 2. 20. Januar. 1911.

Rechtsprechung.

Bei Abgabe schriftlicher Gutachten steht dem ärztlichen Sachverständigen für Untersuchung in seiner Wohnung noch eine besondere Vergütung zu. Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts vom 14. Oktober 1910.

Grundlegend für die Entscheidung sind die Vorschriften des preußischen Gesetzes, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten, vom 14. Juli 1909 (Gesetzsammlung S. 625), insbesondere die Bestimmungen unter A Ziffer 13, 17 Abs. 1 und Ziffer 3 seines Tarifs. Ziffer 13 bemißt die Gebühr für ein schriftliches, ausführliches, wissenschaftlich begründetes Gutachten, insbesondere über den körperlichen oder geistigen Zustand einer Person oder über eine Sache auf 10 bis 30 M. Ziffer 17, Abs. 1 bestimmt: „Außer der Gebühr zu 13 erhält der Kreisarzt im Falle der Wahrnehmung eines Termins die zu 1 bestimmte Gebühr, dagegen ist die zu 4 bestimmte Gebühr (für eine Akteneinsicht) in den Gebühren zu 13 bis 15 mit einbegriffen. Sind zur Ausstellung des Gutachtens Vorbesuche erforderlich, so treten die Gebühren zu 3 hinzu". Nach Ziffer 3 beträgt die Gebühr für eine Untersuchung behufs Vorbereitung eines in einem Termine zu erstattenden Gutachtens: a) wenn die Untersuchung in der Wohnung des Kreisarztes oder, falls dieser Anstaltsarzt ist, in der Anstalt stattfindet: 3 M.; b) wenn die Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt stattfindet: 5 M. usw.

Bei Beantwortung der hier streitigen Frage kommt es somit hauptsächlich auf die Auslegung des Begriffs „Vorbesuche" im Sinne der Ziffer 17 Abs. 1 Satz 2 des Tarifs an. Das Schiedsgericht meint, daß hier unter „Vorbesuche" lediglich Besuche oder Untersuchungen außerhalb der Wohnung des Arztes zu verstehen seien. Es hält sich somit an die Auslegung des Begriffs „Vorbesuch" im § 6 des preußischen Gesetzes vom 9. März 1872. Diese Auslegung trifft aber für das neue Gesetz vom 14. Juni 1909 nicht zu. Denn wenn der Gesetzgeber hier den Begriff „Vorbesuche" so eng hätte fassen wollen, so hätte er im Satze 2 der Ziffer 17 Abs. 1 nicht sagen dürfen: „so treten die Gebühren zu 3 hinzu", es hätte vielmehr heißen müssen: „so tritt die Gebühr zu 3 b hinzu", oder es hätte wie in Ziffer 17 Abs. 2 lediglich für die Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt eine Zusatzgebühr festgelegt werden müssen. Gerade jene Fassung, welche auf die sämtlichen unter Ziffer 3 bestimmten Gebühren, nicht bloß auf eine einzelne, hinweist, läßt erkennen, daß nunmehr nicht nur die vom Arzte „gemachten" Besuche, d. h. Untersuchungen außerhalb der Wohnung des Arztes, sondern auch die von ihm „empfangenen" Besuche, d. h. Untersuchungen in der Wohnung des Arztes, und fernerhin auch die ohne Verschulden des Arztes „vereitelten" Besuche unter den Allgemeinbegriff „Vorbesuche" fallen sollen.

Das Gesetz vom 9. März 1872 enthielt keine Bestimmung, wonach die zur Vorbereitung eines schriftlichen Gutachtens notwendigen Untersuchungen in der Wohnung des Arztes hätten besonders vergütet werden können. Dies wurde vielfach, insbesondere bei schwierigeren Fällen der Begutachtung, welche wiederholte Untersuchungen oder Anstaltsbeobachtungen erforderten, als ein Mangel empfunden. Dieser Mangel konnte auch nach der Entscheidung des Reichsgerichts vom 19. Januar 1900, welche die besondere Vergütung mehrerer Untersuchungen in der Wohnung des Arztes in gewissen Grenzen als statthaft erklärte, nicht als behoben gelten. Erst das Gesetz vom 14. Juli 1909 füllt hier die Lücke aus. Einmal dadurch, daß es in Ziffer 2 Abs. 1 der Allgemeinen Bestimmungen des Tarifs bei ausnahmsweise schwierigen und umfangreichen Verrichtungen eine Ueberschreitung der Höchstgebühr zuläßt

und für besonders schwierige und qualifizierte Untersuchungen die Gebühren zu Ziffer 14 bis 16 des Tarifs festsetzt. Dann aber auch, indem es durch die Vorschrift der Ziffer 17 Abs. 1 Satz 2 der ersuchenden Behörde die Möglichkeit bietet, alle anderen gewöhnlichen Untersuchungen, welche zur Ausstellung eines schriftlichen Gutachtens (Ziffer 13) notwendig sind und — bei mehr als drei Untersuchungen mit Zustimmung der ersuchenden Behörde — berechnet werden, besonders zu vergüten, und zwar ebenso, als wenn die Untersuchungen zur Vorbereitung eines in einem Termine zu erstattenden Gutachtens vorgenommen worden wären.

Es kann daher auch die Auffassung, daß nicht schon eine einmalige Untersuchung in der Wohnung des Arztes, sondern allenfalls nur eine wiederholte Untersuchung oder Besichtigung als Vorbesuch zu gelten habe und besonders zu vergüten sei, nicht für zutreffend erachtet werden. Diese Auffassung findet übrigens in dem Gesetze vom 14. Juli 1909 nirgends eine Stütze. Hier wird vielmehr in Ziffer 17 Abs. 1 des Tarifs nur bestimmt, daß die Gebühr für eine Akteneinsicht in der Gebühr für das Gutachten mit einbegriffen ist. Auch der Umstand, daß Ziffer 17 Abs. 1 von „Vorbesuchen" und nicht von einem oder mehreren Vorbesuchen spricht, kann für jene Auffassung nicht herangezogen werden. Denn aus der vom Gesetzgeber angewendeten Mehrheitsform läßt sich eine Ausnahmestellung für den einmaligen „empfangenen" Vorbesuch ebensowenig herleiten wie für den einmaligen „gemachten" Vorbesuch.

Nach alledem muß vielmehr angenommen werden, daß die zu Ziff. 13 des Tarifs bestimmte Gebühr (10 bis 30 M.) nur für das schriftliche, ausführliche, wissenschaftlich begründete Gutachten und für die Akteneinsicht gilt, und daß der ärztliche Sachverständige für jede zur Ausstellung des Gutachtens erforderliche gewöhnliche Untersuchung in der Wohnung oder, falls er Anstaltsarzt ist, in der Anstalt eine besondere Gebühr von 3 M. und für jede Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt eine solche von 5 M. zu beanspruchen hat.

Die Königl. Verordnung vom 14. Juli 1909 über die Tagegelder u. Reisekosten der Medizinalbeamten ist durch das Reisekostengesetz vom 16. Juli 1910 nicht aufgehoben. Beschluß des Landgerichts (I. Str.-Kamm.) in Halberstadt vom 31. Dezember 1910.

Gegen die Festsetzung der Reisekosten unter Zubilligung eines Satzes von nur 7 *Pfg.* für den Kilometer Weg und von 1,50 Mark für den Zu- und Abgang entsprechend dem am 1. Oktober 1910 in Kraft getretenen Gesetz betr. die Reisekosten der Staatsbeamten haben beide Kreisärzte Beschwerde eingelegt; sie sind der Ansicht, daß auf sie nicht das erwähnte Gesetz, sondern die Verordnung betr. die Tagegelder und Reisekosten der Medizinalbeamten in gerichtlichen Angelegenheiten vom 14. Juli 1909 mit den dort angegebenen Sätzen von 9 Pfg. Kilometergeldern und 3 Mark für Zu- und Abgang zur Anwendung komme. Diese Ansicht ist zutreffend. Da es sich bei der Tätigkeit beider Kreisärzte um eine gerichtliche Angelegenheit, nicht um eine amtliche Verrichtung handelte (vergl. § 3 und 5 des Gesetzes vom 14. Juli 1909), so kommt an sich die vorerwähnte Verordnung vom 14. Juli 1909 im vorliegenden Falle zur Anwendung. Nach § 17 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 bleibt diese Verordnung auch in Kraft nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes. Nach Absatz 2 daselbst durfen allerdings nicht höhere als die im § 1 Absatz 1 und § 3 des Gesetzes bestimmten Vergütungen gewährt werden. Nach Satz 2 des Absatz 2 können die früher ergangenen Vorschriften bezüglich der Reisekosten durch Königliche Verordnung abgeändert werden. Wie sich aus diesem Zusammenhang ergibt, hat deshalb Absatz 2 nur die Bedeutung, daß, falls eine solche abändernde Königliche Verordnung ergeht, darin keine höheren Vergütungen als die des Reisekostengesetzes gewährt werden dürfen. Da eine solche Verordnung nicht ergangen ist, so verbleibt die Verordnung vom 14. Juli 1909 mit ihren Vergütungen für Rechnung und Zu- und Abgang in Kraft.

Die Reisekosten beider Beschwerdeführer waren deshalb nach dieser Verordnung festzusetzen.[1])

[1]) Ob von anderen Gerichtshöfen in gleicher Weise entschieden wird, dürfte nach dem Wortlaut des Reisekostengesetzes (§ 17 Abs. 2) doch sehr zweifelhaft sein, so sehr es im Interesse der Medizinalbeamten zu wünschen ist.

Unzulässige Versagung eines ehrlichen Begräbnisses gegenüber einer sog. Gastleiche. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (I. Sen.) vom 5. April 1910.

Der im § 188 II 11 preuß. Allgem. Landrechts enthaltene Grundsatz, daß niemandem das ehrliche Begräbnis versagt werden darf, ist in Geltung geblieben und findet auch in den durch § 189 daselbst vorgesehenen Fällen Anwendung.

Eine Versagung des ehrlichen Begräbnisses gegenüber einer sog. Gastleiche liegt schon dann vor, wenn die Beerdigung auf einer Stelle verweigert wird, auf die der Verstorbene nach dem Brauche der Kirchengesellschaft, der er selbst angehörte, Anspruch gehabt haben würde.

Die Verpflichtung der Kirchengemeinden, unter den in § 189 a. O. angegebenen Voraussetzungen Angehörigen einer anderen Konfession das Begräbnis nicht zu versagen, erschöpft sich in der Zuweisung angemessener Begräbnisstellen. Ist ohne die Verweigerung dieser Zuweisung die Beerdigung an einer nicht gehörigen Stelle erfolgt, so kann die Kirchengemeinde nur dazu angehalten werden, daß sie zur Beseitigung des unvorschriftsmäßigen Zustandes und zur Herstellung ordnungsmäßiger Verhältnisse auf dem Kirchhof andere, den gesetzlichen Anforderungen entsprechende Stellen zur Verfügung stellt und die Beerdigung an den neuen Stellen durch diejenigen, denen die Beerdigung obliegt, gestattet. (Preuß. Verw.-Bl.)

Einer Anzeige seitens des Arztes (Art. 18 Abs. 4, 5 Armenges.) bedarf es nicht, wenn der Bürgermeister einer Gemeinde — als stellvertretender Armenpflegschaftsratsvorstand — dem Arzte aus Anlass eines Auftrages der Aufsichtsbehörde die Behandlung eines Erkrankten übertragen hat, gleichgültig, ob die betreffende Gemeinde ihre Ersatzpflicht vorher anerkannt hat oder nicht. Entscheidung des bayerischen Verwaltungsgerichtshofes (III. Sen.) vom 17. Januar 1910.)

Die Anzeigepflicht als gesetzliche Voraussetzung des öffentlichrechtlichen Ersatzanspruches einer Privatperson für geleistete Armenhilfe fällt dann weg, wenn die Hilfe von dem anzeigeempfangsberechtigten gemeindlichen Organe oder auch mit dessen Einverständnis geleistet worden ist. Diese in der Rechtsprechung anerkannte Ausnahme von der Anzeigepflicht hat ihre Begründung in der Natur der Sache; denn es müßte als eine leere Förmlichkeit erscheinen, in solchem Falle noch eine eigene Anzeige zu verlangen.

In vorliegender Sache hat der Bürgermeister N. von M. auf eine Verfügung des kgl. Bezirksamtes M. dahingehend, „daß das Kostkind M. K. sofort in ärztliche Behandlung zu geben sei" den prakt. Arzt Dr. Z. in M. veranlaßt, diesem schwerkranken Kinde die erforderliche ärztliche Hilfe zu leisten. Damit war eine Anzeige des Dr. Z. nach Art. 18 Abs. 4 und 5 des Armengesetzes entbehrlich geworden.

Einweisung in das Krankenhaus zur Beobachtung. Entscheidung des badischen Verwaltungsgerichtshofes vom 6. April 1910.

Wenn der Kassenarzt erklärt, er könne einen objektiven Befund der Krankheit (Rheumatismus) nicht feststellen, aber auch nicht beweisen, daß der Kranke die von ihm angegebenen Schmerzen nicht habe, so ist begründeter Anlaß zur Einweisung ins Krankenhaus gegeben, weil nur durch fortgesetzte Beobachtung daselbst zu ermitteln ist, ob der Kranke wirklich infolge von Rheumatismus an Schmerzen leidet, die ihn erwerbsunfähig machen. Die Einweisung des verheirateten Versicherten ist in diesem Falle von seiner Zustimmung unabhängig. (Bad. Verw.-Zeitschrift.)

Unberechtigte Krankenhauseinweisung. Entscheidung des badischen Verwaltungsgerichtshofes vom 13. April 1910.

Dem Urteil des behandelnden Kassenarztes ist in Bezug auf die Frage der Angemessenheit oder Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung mehr Gewicht beizulegen als der auf eine einmalige Untersuchung sich gründenden und mit den individuellen Verhältnissen des Kranken nicht so vertrauten Meinung eines zweiten Kassenarztes. Wenn daher jener die von diesem

empfohlene Krankenhausbehandlung der verheirateten Versicherten widerraten ist, weil nicht nur die Belassung der Kranken in ihrer Familie nach der Art der Krankheit (Anämie und Hysterie) angängig, sondern die Trennung von der Familie bei dem gemütlichen Depressionszustande der Kranken geradezu schädlich für sie gewesen wäre, so läßt sie nicht die Ueberzeugung gewinnen, daß eine der im § 7 Abs. 1 Ziffer 1 KVG. bezeichneten Voraussetzungen gegeben und die Weigerung der Kranken, in ein Krankenhaus einzutreten, grundlos war. (Bad. Verw.-Zeitschr.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Abänderung der Prüfungsordnung für Apotheker. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 7. Dezember 1910.

Auf Grund des § 29 der Gewerbeordnung hat der Bundesrat beschlossen, daß der § 38 Abs. 1 der Prüfungsordnung für Apotheker vom 18. Mai 1904 (Zentralblatt für das Deutsche Reich S. 150) folgende Fassung erhält:

„Von den Vorschriften im § 4 Ziffer 1 und 2, § 17 Abs. 2 Ziffer 1, § 23 Abs. 2, § 32 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 kann der Reichskanzler in Uebereinstimmung mit der zuständigen Landeszentralbehörde Ausnahmen zulassen."

B. Königreich Preussen.

Strafverfahren wegen Verfälschung von Nahrungs- und Genussmitteln. Verfügung des Justizministers vom 24. Dezember 1910.

Die Kriminalstatistik läßt erkennen, daß die in der Oeffentlichkeit häufig erhobenen Klagen über eine Zunahme der Verfälschung von Nahrungs- und Genußmitteln nicht unbegründet sind. Je mehr die Fälscher die Fortschritte der Wissenschaft mißbrauchen, um die Arten und die Mittel der Verfälschungen zu vermehren, um so mehr erscheint es geboten, diesem gemeingefährlichen Treiben mit größerem Nachdruck entgegenzuwirken. Ich erwarte, daß die Strafverfolgungsbehörden nach wie vor in jedem Falle mit tunlichster Beschleunigung einschreiten und durch Stellung geeigneter Anträge bei Gericht darauf hinwirken werden, daß eine strenge Bestrafung namentlich der gesundheitsschädlichen und aus Gewinnsucht begangenen Verfälschungen eintritt.

Die Strafverfolgungsbehörden werden sich indessen vor Augen halten müssen, daß die Erhebung derartiger Anklagen und die öffentliche Gerichtsverhandlung für die Gewerbetreibenden auch dann mit großen wirtschaftlichen Nachteilen verbunden zu sein pflegt, wenn das Strafverfahren schließlich mit einem Freispruch endigt. Zur Vermeidung ungerechtfertigter Härten muß verlangt werden, daß schon die Anklagen wegen Verfälschung von Nahrungs- und Genußmitteln, wegen Feilhaltens verfälschter oder verdorbener Nahrungs- und Genußmittel, wegen Zuwiderhandlungen gegen die Gesetze, betreffend den Verkehr mit Ersatzmitteln für Butter, den Verkehr mit Wein, künstlichen Süßstoffen, Bier usw. von vornherein auf eine möglichst sichere Grundlage gestellt werden. Die Untersuchung der Nahrungs- oder Genußmittel ist daher von den Strafverfolgungsbehörden grundsätzlich nur solchen Sachverständigen zu übertragen, die eine anerkannte Erfahrung auf dem jeweils in Betracht kommenden Gebiete der Chemie besitzen. Besteht der Verdacht, daß die verfälschten Nahrungs- und Genußmittel geeignet sind, die menschliche Gesundheit zu schädigen, oder daß eine solche Gesundheitsschädigung bereits eingetreten ist, so wird in der Regel auch das Gutachten ärztlicher Sachverständiger nicht zu entbehren sein. Kommen Fragen des Handelsbrauchs in Betracht, z. B. bei der Feststellung, ob eine Ware zum Zwecke der Täuschung im Handel und Verkehr hergestellt oder ob ihr eine zur Täuschung geeignete Bezeichnung gegeben ist usw., so werden hierüber Sachverständige zu hören sein, die mit den Bräuchen des betreffenden Industrie- oder Handelszweigs besonders vertraut sind. Stehen Sachverständige der letztbezeichneten Art nicht ohne weiteres zur Verfügung, so empfiehlt es sich, die zuständigen Handelsvertretungen um die Benennung solcher Sachverständigen zu ersuchen.

Hinsichtlich der Anwendung des Weingesetzes vom 7. April 1909 (Reichs-Gesetzbl. S. 393) wird noch darauf hingewiesen, daß die gemäß § 21

Abs. 2 dieses Gesetzes im Hauptberuf angestellten Weinkontrolleure als besonders geeignete Sachverständige für Fragen der Herstellung und des gewerbsmäßigen Verkehrs mit Wein und weinähnlichen Getränken in Betracht kommen werden. Werden gutachtliche Aeußerungen über Fragen des Weinbaues erforderlich, so werden wegen Benennung geeigneter Sachverständiger vorzugsweise die Landwirtschaftskammer in Anspruch zu nehmen sein.

Sind in dem Strafverfahren Waren, die dem Verderb ausgesetzt sind, in Beschlag genommen worden, so ist stets darauf zu achten, daß die Beschlagnahme nicht über die durch das Verfahren gebotene Zeitdauer hinaus aufrechterhalten und daß inzwischen der Verderb oder eine Wertminderung der Waren durch geeignete Maßregeln, bei Weinen namentlich durch eine fachmännische Kellerbehandlung, tunlichst verhütet wird. Auch versteht es sich von selbst, daß hieraus ein besonderer Anlaß zu möglichster Beschleunigung des Strafverfahrens entnommen werden kann.

Die Rundverfügungen vom 5. Juni 1883 — I. 2367 —, vom 22. Februar 1889 — I. 465 —, vom 24. März 1903 — I. 1618 — und vom 14. April 1904 — I. 9043/03 — werden aufgehoben.

Aerztliche Untersuchung der Pflegepersonen in Privatirren- usw.-Anstalten. Erlaß der Minister der Justiz, der usw. Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 29. Dezember 1910 — J. M. I Nr. 344, M. d. g. A. M. Nr. 8207 U III A, M. d. I. IIa Nr. 2774 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Auf den gefälligen Bericht vom 19. November 1910 — I 11/7 M. Nr. 2208 — erwidern wir ergebenst, daß die nach § 20, Ziffer 1, Absatz 2 der Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten vom 26. März 1901 vor der Einstellung vorzunehmende ärztliche Untersuchung der Pflegepersonen sich zunächst auf deren körperliche Beschaffenheit zu beziehen haben wird. Durch die Untersuchung soll der allgemeine Gesundheitszustand, die Tätigkeit der Sinnesorgane, die Beweglichkeit des Körpers, sowie das Nichtvorhandensein irgendwelcher übertragbarer Krankheiten und, soweit möglich, auch von früheren psychischen oder nervösen Erkrankungen (Krämpfen usw.) festgestellt werden, bevor die zum Eintritt sich meldende Person in der zu den Personalakten (zu vergl. § 21 Ziffer 2 a. a. O.) zu nehmenden schriftlichen Aeußerung von dem leitenden Arzt als zum Pfleger (zur Pflegerin) geeignet bezeichnet wird. Nach entsprechender Dienstzeit auf eine Bemerkung über die Ausbildung und die Leistungen der Pflegepersonen in die bezeichneten Akten aufzunehmen, kann als zweckmäßig angesehen werden.

Eine ärztliche Untersuchung der an den genannten Anstalten tätigen Lehrer und Lehrerinnen, deren Gesundheitszustand bereits festgestellt ist wird nur in besonderen Fällen in Frage kommen können.

Todesursachenverzeichnis für grössere Städte pp. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 14. November 1910 — M. Nr. 2671 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Nach Mitteilung des Herrn Reickskanzlers hat das Kaiserliche Gesundheitsamt auf Anregung und im Benehmen mit dem Verbande deutscher Städtestatistiker für den Gebrauch in größeren Städten pp., die bei der Anschreibung der Todesursachen über den Rahmen des „Kurzen Todesursachenverzeichnisses" hinausgehen, das beifolgende erweiterte Verzeichnis ausgearbeitet. Dasselbe steht dem Umfang nach zwischen dem „Kurzen Todesursachenverzeichnis" und dem „Ausführlichen Verzeichnis von Krankheiten und Todesursachen" und ist deshalb als „Todesursachenverzeichnis mittleren Umfangs" bezeichnet worden. In der Einteilung lehnt es sich an die beiden älteren Verzeichnisse eng an, so daß die danach geführten Anschreibungen ohne weiteres mit den Anschreibungen nach jenen, insbesondere also mit dem vereinbarten „Ausweis über die Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse" vergleichbar bleiben. An dieser vereinbarten Anschreibung, welche die Grundlage für die im Kaiserlichen Gesundheitsamt bearbeitete Jahreszusammenstellung bildet, soll auch nichts geändert werden. Die Absicht geht vielmehr lediglich dahin, ohne

Nach
über die im Preußischen Staate im Jahre 1909
aufgestellt auf Grund der von den Regierungspräsidenten auf
berichtigten

Regierungsbezirke	Aussatz			Cholera			Diphtherie			Fleckfieber			Kindbettfieber		
	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet
Königsberg	3	3	3	5	3	3	1381	100	238	—	—	—	126	34	41
Gumbinnen	—	—	—	33	8	5	388	39	244	—	—	—	83	31	26
Allenstein	—	—	—	—	—	—	540	124	224	—	—	—	74	21	20
Danzig	—	—	—	—	—	—	1327	196	330	—	—	—	170	66	60
Marienwerder	—	—	—	—	—	—	1638	128	426	—	—	—	198	50	49
Berlin	—	—	—	—	—	—	7837	787	665	—	—	—	279	108	164
Potsdam	—	—	—	—	—	—	3721	278	552	—	—	—	276	72	129
Frankfurt	—	—	—	—	—	—	2602	130	252	—	—	—	197	38	48
Stettin	—	—	—	1	1	1	2153	136	202	2	—	—	157	28	45
Köslin	—	—	—	—	—	—	1843	93	183	—	—	—	86	25	22
Stralsund	—	—	—	—	—	—	375	24	43	—	—	—	33	7	13
Posen	—	—	—	—	—	—	2817	243	449	—	—	—	274	70	67
Bromberg	—	—	—	—	—	—	1076	93	281	—	—	—	112	36	29
Breslau	—	—	—	—	—	—	2335	185	285	—	—	—	290	96	84
Liegnitz	—	—	—	—	—	—	1818	97	170	—	—	—	177	62	64
Oppeln	—	—	—	—	—	—	2065	371	623	5	—	—	407	90	109
Magdeburg	—	—	—	—	—	—	4063	160	339	—	—	—	153	30	48
Merseburg	—	—	—	—	—	—	5979	328	561	—	—	—	164	33	50
Erfurt	—	—	—	—	—	—	1744	157	199	—	—	—	75	21	24
Schleswig	—	—	—	—	—	—	3041	188	248	—	—	—	205	71	76
Hannover	—	—	—	—	—	—	2987	158	353	—	—	—	69	18	24
Hildesheim	—	—	—	—	—	—	2084	129	194	—	—	—	60	13	20
Lüneburg	—	—	—	—	—	—	962	56	83	—	—	—	80	14	17
Stade	—	—	—	—	—	—	965	44	67	—	—	—	49	7	7
Osnabrück	—	—	—	—	—	—	504	36	47	—	—	—	37	16	22
Aurich	—	—	—	—	—	—	279	22	24	—	—	—	29	8	9
Münster	—	—	—	—	—	—	1146	109	151	—	—	—	116	33	41
Minden	—	—	—	—	—	—	1085	90	128	—	—	—	82	23	28
Arnsberg	—	—	—	—	—	—	3984	367	521	—	—	—	309	80	95
Cassel	—	—	—	—	—	—	2564	204	361	—	—	—	183	42	39
Wiesbaden	—	—	—	—	—	—	2056	135	172	—	—	—	119	29	45
Koblenz	—	—	—	—	—	—	712	45	87	—	—	—	114	33	29
Düsseldorf	—	—	—	—	—	—	5172	320	510	—	—	—	316	72	104
Cöln	—	—	—	—	—	—	3055	253	342	—	—	—	137	33	41
Trier	—	—	—	—	—	—	783	90	144	—	—	—	151	35	53
Aachen	—	—	—	—	—	—	1135	48	120	—	—	—	73	21	27
Sigmaringen	—	—	—	—	—	—	175	13	14	—	—	—	16	5	3
Zusammen	3	3	3	33	12	9	77891	5976	9832	7	—	—	4376	1471	1772

Einführung des Deutschen Arzneibuches, V. Ausgabe 1910. Erlaß Bekanntmachung des Ministers der usw. Medizinalgelegenheiten vom 15. Dezember 1910.

Die beiliegende Bekanntmachung über das Inkrafttreten des Deutschen Arzneibuchs, 5. Ausgabe 1910, ersuche ich sofort durch das Amtsblatt zu veröffentlichen und dabei zu bemerken, daß das Arzneibuch in R. von Deckers Verlag (G. Schenck) zu Berlin erschienen und im Wege des Buchhandels

weisung
amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten, den Erlaß vom 4. März 1908 — M. Nr. 12544/07 — eingereichten Jahresnachweisungen.

Lungen- u. Kehlkopftuberkulose		Milzbrand			Pocken			Rotz			Rückfallfieber		
Todesfälle			Todesf.			Todesf.			Todesf.			Todesf.	
sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich[1] gemeldet	Erkrankungen	sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet
685	1239	2	1	1	51	2	3	—	—	—	—	—	—
179	722	—	—	—	21	4	1	—	—	—	—	—	—
184	457	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—
612	1075	—	—	—	21	2	2	—	—	—	—	—	—
220	1103	3	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—
3301	4514	8	1	—	4	1	1	2	1	2	—	—	—
1567	3661	4	—	—	5	—	—	1	1	2	—	—	—
746	1821	7	2	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—
635	1258	2	—	—	15	2	1	—	—	—	—	—	—
324	786	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
115	362	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—
731	2006	4	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
277	1035	3	—	—	4	2	2	—	—	—	—	—	—
2292	3528	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
921	1692	1	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
1392	3746	6	2	2	15	1	1	—	—	—	1	—	—
919	1835	2	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—
948	1565	2	—	—	7	2	2	—	—	—	1	—	—
373	660	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1291	2020	19	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
557	1264	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
565	924	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
441	729	2	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	—
246	617	4	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
418	685	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
213	424	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1125	1645	4	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
485	1257	3	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—
3793	3616	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1070	1568	5	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
915	2091	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—	-	—
487	1082	8	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3737	5264	3	—	—	9	3	3	—	—	—	—	—	—
1253	2219	3	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
1018	1431	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
497	886	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
61	84	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
34 593	60 871	123	17	16	190	21	18	3	2	4	2	—	—

[1]) Betrifft sämtliche Todesfälle an Tuberkulose.

zum Ladenpreise von 3 M. 90 Pf. für ein broschiertes und von 5 M. 70 Pf. für ein in Leder gebundenes Exemplar zu beziehen ist.

Das Verzeichnis der Arzneimittel nach dem Deutschen Arzneibuch, 5. Ausgabe 1910, zum Gebrauch bei den Apothekenbesichtigungen ist bei der Buchhandlung von A. Hirschwald in Berlin erschienen und dort zum Preise von 60 Pf. zu haben.

Nachweisung über die im Preußischen Staate im Jahre 1909 amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten.

Ruhr: Erkrankungen	Ruhr: Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Ruhr: Todesf. standesamtlich gemeldet	Scharlach: Erkrankungen	Scharlach: Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Scharlach: Todesf. standesamtlich gemeldet	Typhus: Erkrankungen	Typhus: Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Typhus: Todesf. standesamtlich gemeldet	Spinale Kinderlähmung: Erkrankungen	Spinale Kinderlähmung: Todesfälle, sanitätspolizeil. gem.	Fleisch-, Fisch- u. Wurstvergiftung: Erkrankungen	Fleisch-, Fisch- u. Wurstvergiftung: Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Fleisch-, Fisch- u. Wurstvergiftung: Todesf. standesamtlich gemeldet	Regierungsbezirke
2	—	2	1055	81	121	265	22	39	3	—	—	—	—	Königsberg
3	—	5	1219	185	281	179	34	39	—	—	2	—	—	Gumbinnen
—	—	2	596	73	94	235	26	30	7	1	—	—	—	Allenstein
—	—	3	1890	193	267	272	40	45	—	—	—	—	—	Danzig
4	—	3	2444	318	759	377	48	76	4	2	18	—	—	Marienwerder
2	—	2	9832	681	627	571	114	89	2	—	—	—	2	Berlin
15	—	2	4523	203	384	501	67	98	—	—	—	—	1	Potsdam
4	1	1	1881	61	120	399	57	76	11	—	9	—	—	Frankfurt
2	1	3	1220	44	63	400	55	54	45	3	1	—	1	Stettin
—	—	2	565	53	102	201	20	30	—	—	—	—	1	Köslin
—	—	—	308	6	13	87	8	14	13	1	—	—	—	Stralsund
16	3	7	2289	196	407	432	50	62	5	1	12	—	—	Posen
1	—	—	1755	193	526	516	50	80	8	1	—	—	—	Bromberg
42	10	12	2603	125	167	1337	169	160	33	5	—	—	1	Breslau
15	—	3	1817	37	74	378	61	66	3	—	9	—	—	Liegnitz
8	1	3	6940	1364	1659	501	79	80	11	—	—	—	4	Oppeln
3	—	4	3638	89	183	500	58	81	—	—	30	1	1	Magdeburg
24	5	22	3725	120	182	495	34	52	8	—	21	—	—	Merseburg
1	—	1	2576	107	105	378	54	63	4	—	—	—	—	Erfurt
1	—	—	3131	77	97	388	39	43	—	—	57	4	4	Schleswig
1	—	1	1498	27	85	178	24	40	1	—	—	—	—	Hannover
34	4	6	2071	44	68	432	39	39	33	7	—	—	—	Hildesheim
7	1	1	1066	31	58	146	12	20	1	—	—	—	—	Lüneburg
1	—	2	601	22	23	263	22	18	17	—	21	1	1	Stade
—	—	—	644	8	13	81	14	13	5	—	—	—	—	Osnabrück
—	—	1	143	4	4	16	1	5	—	—	—	—	—	Aurich
7	2	2	2551	154	189	202	33	35	38	8	—	—	1	Münster
5	1	2	840	67	75	150	21	19	35	7	9	2	2	Minden
66	6	5	8420	698	780	887	73	120	734	122	—	—	—	Arnsberg
8	1	2	3473	101	191	519	44	48	45	3	—	—	—	Cassel
4	—	1	3477	73	86	248	25	30	22	6	5	—	—	Wiesbaden
1	—	—	932	38	72	212	22	25	39	3	—	—	1	Coblenz
131	1	16	6130	180	310	483	51	81	222	32	—	—	1	Düsseldorf
2	1	2	3461	193	241	185	30	39	139	18	47	—	1	Cöln
—	—	1	842	24	39	520	33	71	6	1	—	—	—	Trier
—	—	—	1192	25	36	202	29	31	7	—	—	—	—	Aachen
—	—	1	164	3	4	10	—	—	—	—	—	—	—	Sigmaringen
410	38	120	91 512	5898	8455	13 146	1558	1911	1501	221	241	8	22	zusammen

Von hier aus vermag ich Exemplare des Arzneibuchs und des Arzneimittelverzeichnisses wie bei den früheren Ausgaben nicht mehr zur Verfügung zu stellen. Den Kreismedizinalbeamten ist die Anschaffung aus ihren Dienstaufwandsentschädigungen aufzugeben.

Bekanntmachung:[1])

Gemäß dem Bundesratsbeschluß vom 3. November d. J. (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 6. November d. J., Zentralbl. f. d. D. R. S. 644) tritt

[1]) Mehr oder weniger gleichlautende Bekanntmachungen sind in allen [illegible] z. B. in Bayern (24. 12. 1910), Baden (18. [illegible]

das Deutsche Arzneibuch, 5. Auflage 1910, vom 1. Januar 1911 ab an Stelle des zurzeit geltenden Arzneibuchs für das Deutsche Reich, vierte Ausgabe.

Hierzu bestimme ich zugleich in Ergänzung der Apothekenbetriebsordnung vom 18. Februar 1902 (§§ 6, 16, 21, 22 und 26) und der Anweisung für die amtliche Besichtigung der Apotheken von demselben Tage (§§ 14 und 15) was folgt:

1. Vom 1. Januar 1911 ab muß in jeder Voll-, Zweig-, Krankenhaus- und ärztlichen Hausapotheke mindestens ein Arzneibuch für das Deutsche Reich, 5. Ausgabe 1910 (erschienen in R. von Deckers Verlag (G. Schenck) in Berlin) und in jeder Voll- und Zweig-Apotheke außerdem ein (bei A. Hirschwald in Berlin erschienenes) Arzneiverzeichnis vorhanden sein. Dieses Verzeichnis ist bei Apothekenbesichtigungen vorzulegen; die mit einem Stern bezeichneten Arzneimittel müssen in jeder Voll- oder Zweigapotheke vorrätig sein,

2. zu den nach § 6 der Apothekenbetriebsordnung für die Rezeptur erforderlichen Geräten tritt fortan noch der im Arzneibuche (allgemeine Bestimmungen Nr. 13) erwähnte, bei der Anfertigung von Arzneien zu verwendende Normaltropfenzähler,

3. in dem Vorratsraum für die trocken aufzubewahrenden Mittel oder an einer sonst geeigneten Stelle muß eine Vorrichtung zum Austrocknen der Drogen über gebranntem Kalk vorhanden sein,

4. im Abs. 5 des § 21 der Apothekenbetriebsordn. muß es künftig heißen:

„Die in dem Arzneibuche zur Prüfung der Arzneimittel vorgeschriebenen Reagentien und maßanalytischen Lösungen nebst den dazu gehörigen Geräten, nämlich mindestens:

ein Meßkolben zu 1 l,
ein „ „ 500 ccm,
ein „ „ 100 ccm Inhalt,
ein Kölbchen zu 50 ccm Inhalt mit engem, in 1/10 ccm gefeiltem Hals,
vier Vollpipetten von 5, 10, 20, 25 ccm,
zwei Meßpipetten zu 5 und 10 ccm Inhalt, in 2/10 ccm abgeteilt,
zwei Büretten zu 25 bis 50 ccm Inhalt, in 1/10 ccm abgeteilt, mit Glasverschluß versehen, nebst Stativ, ferner
drei Scheidetrichter zu etwa 200 ccm Inhalt,
zwei Glaszylinder zu 100 und 200 ccm Inhalt mit Glasstöpsel, ohne Tülle, in 1/1 ccm abgeteilt,
zwei Uhrgläser mit Klemme,
eine Wage zur Bestimmung des spezifischen Gewichts und für feinere Wägungen, die bei 100 g Belastung noch 0,001 g mit Sicherheit erkennen läßt,
ein Exsikkator,
ein Luftbad,
ein Siedethermometer,
eine Einrichtung zur Bestimmung des Schmelzpunktes und des Siedepunktes nebst den erforderlichen Kapillarröhrchen,
mehrere Tiegel zur Ermittelung des Verbrennungsrückstandes,
mehrere mindestens 75 cm lange, etwa 5 mm weite Glasrohre aus Kaliglas,
mehrere Siedekölbchen, Kölbchen aus Jenaer Glas, Bechergläser und Probierrohre von ungefähr 20 mm Weite,
ein Mikroskop, das eine mindestens 350fache Linearvergrößerung leistet und mit einem Okularmikrometer ausgestattet ist,
ein Perkolator

sind vorrätig zu halten und sachgemäß in den Geschäftsräumen aufzubewahren.

Für diejenigen Reagentien, die in gebrauchsfertigem Zustand im Verkaufsraume aufgestellt sind, oder die nur bei Bedarf hergestellt werden sollen, sind besondere Standgefäße nicht erforderlich.

Die Reagentien und volumetrischen Lösungen für ärztliche Untersuchungen (Anlage III des Arzneibuchs) brauchen nicht vorrätig gehalten zu werden."

1910,) Hessen (22. 12. 1910), Mecklenburg-Schwerin (16. 12. 1910), Sachsen-Meiningen (14. 12. 1910), Hamburg (19. 12. 1910), Bremen (23./28. 12. 1910), Waldeck (22. 12. 1910).

die Verpflichtung der Gemeinde regelmäßig auch auf die Errichtung von [illegible] Wasserentnahmestellen, [illegible] und dergl. nach Maßgabe des [illegible] Bedürfnisses, weil diese Zapfstellen dem allgemeinen Gebrauch dienen und [illegible] eine konkurrierende Verpflichtung Dritter [illegible] besteht. Insbesondere liegt eine dahingehende Verpflichtung demjenigen nicht ob, der durch die Schaffung oder Unterhaltung von Hafen- und hafenähnlichen Anlagen an einer Schiffahrtsstraße die Vorbedingung für die Entwicklung eines öffentlichen Ortsverkehrs an solchen Stellen schafft. Vielmehr hat auch hier die Gemeinde für die Bedürfnisse des Ortsverkehrs einzutreten, und sie ist nicht berechtigt, zu verlangen, daß durch Fortweisung der Schiffer von jenen Stellen sie vor einer Inanspruchnahme ihrer Fürsorgepflicht bewahrt werde. Demgemäß kann sie auf Grund des § 35 a. a. O. genötigt werden, auch für die Schiffer im Gemeindegebiete an leicht erreichbaren Stellen Trink- und Wirtschaftswasser unmittelbar bereitzustellen. Denn ein allgemeiner Gebrauch im Sinne der gesetzlichen Bestimmung muß auch da angenommen werden, wo die Benutzung durch eine gewisse Klasse der Bevölkerung allein oder vorzugsweise in Betracht kommt, und ist nur da für ausgeschlossen zu erachten, wo die Einrichtung für einen individuellen Personenkreis bestimmt ist. Es macht dabei auch keinen Unterschied, ob die betreffende Bevölkerungsklasse zur seßhaften Ortseinwohnerschaft gehört, oder ob ihre einzelnen Mitglieder sich nur mehr oder weniger vorübergehend im Orte aufzuhalten pflegen. Die Frage, ob und inwieweit die Gemeinden rechtlich oder tatsächlich in der Lage sind, für die Benutzung der von ihnen auf Grund von § 35 des Reichsseuchengesetzes geschaffenen Anlagen Entgelt zu verlangen, scheidet hier völlig aus. Es kommt daher auch nicht darauf an, ob eventuell, wie die Klägerin darzutun sucht, die ortsfremden Schiffer in bezug auf die Trinkwasserversorgung durch die Gemeinde besser gestellt sein würden, wie die ortseingesessene Bevölkerung.

Die Pflicht der Gemeinde, für die Schiffer Trinkwasser zu beschaffen und bereitzustellen, findet dagegen ihre Schranken darin, daß es sich auch bei den durch § 35 a. a. O. vorgesehenen Einrichtungen stets nur um Angelegenheiten handelt, welche ihrem Wesen nach zu den Aufgaben der Gemeindeverwaltung gehören. Eine Fürsorge der Gemeinde für die Schiffer ist deshalb nur insoweit geboten, als diese zur ortsaufhaltsamen, am allgemeinen Ortsverkehr teilnehmenden Bevölkerung zu rechnen sind, für die allein die Gemeinde einzutreten hat. Soweit die Schiffer das Gemeindegebiet lediglich durchfahren oder in ihm nur aus Anlaß des Schiffahrtsbetriebes allein Aufenthalt nehmen, treten sie weder in die örtliche Gemeinschaft noch in den allgemeinen Ortsverkehr ein, sondern verbleiben im Schiffahrtsverkehr, der vermöge seiner Eigenart, die sich auch in der Regelung der polizeilichen Zuständigkeit zeigt, dem allgemeinen Ortsverkehr gesondert gegenübersteht und deshalb ebensowenig der Fürsorge der Gemeinde, wie der Aufsicht der Ortspolizei unterliegt. In gleicher Weise ist die Fürsorgepflicht der Gemeinde auch bei einem Aufenthalt der Schiffer zwar im Gemeindegebiet, aber außerhalb der bebauten Ortslage zu verneinen, weil auch in diesem Falle der Schiffsbevölkerung im allgemeinen der örtlichen Gemeinschaft und dem allgemeinen Ortsverkehre fernbleibt. Infolgedessen läßt sich eine Verpflichtung der Gemeinde, die Schiffer mit Trinkwasser zu versorgen, regelmäßig nur für die im Ortsbereiche belegenen Schiffsliegeplätze und auch hier nur dann anerkennen, wenn diese Liegeplätze dauernd und bestimmungsgemäß die Schiffsbevölkerung in unmittelbare Beziehung zum Orte und seinem allgemeinen Verkehre setzen. Dauernde Verhältnisse sind dabei nicht in dem Sinne erforderlich, daß jedes einzelne Fahrzeug dauernd dort liegen müsse, sondern nur so, daß dauernd an der betreffenden Stelle Schiffe anlegen. Die Liegestelle muß aber hierzu ausersehen und allgemein freigegeben, insbesondere von der Schiffahrtspolizeibehörde dazu bestimmt sein, weil das freie Belieben einzelner Personen im Landen und auch die bloße Duldung dessen die Fürsorgepflicht der Gemeinde noch nicht zu begründen vermag.

Aus diesen Erwägungen erweisen sich im vorliegenden Falle die polizeilichen Forderungen mit Rücksicht auf die örtlichen Verhältnisse an den in Frage stehenden Stellen nur zum Teil als berechtigt.

So besteht für die Klägerin keine rechtliche Verpflichtung, am Ver-

bindungskanal in der Nähe der K. Fabrik und an der Ch. Schleuse Trinkwasseranlagen für Schiffer zu schaffen, weil beide Stellen ganz außerhalb des bebauten Ortsgebiets und allgemeinen Ortsverkehrs liegen. Bei der C. Schleuse kommt außerdem hinzu, daß die Schiffer hier außerhalb der kalten Jahreszeit, während deren die Schiffahrt überhaupt ruht, Aufenthalt nur nehmen, wenn und soweit sie auf ihr Durchschleusen warten müssen, so daß ihr Verweilen an dieser Stelle lediglich aus Gründen des Schiffahrtsverkehrs erfolgt. Letzteres gilt auch für die Spreestrecke am T. Weg. Auch hier findet ein Lösch- und Ladeverkehr, von vereinzelten, nicht in Betracht kommenden Ausnahmen abgesehen, nicht statt und ist das Anlegen und Stilliegen von Schiffsfahrzeugen und Flößen sogar grundsätzlich verboten. Nur Schleppdampfer legen sich daselbst regelmäßig zu vorübergehendem Aufenthalt fest. Dies geschieht aber nicht aus dem Grunde, ihrerseits Verkehr mit dem Lande zu suchen, sondern ist in erster Linie darauf zurückzuführen, daß die Eigenart des Schleppbetriebes sie zu zeitweiligem Warten veranlaßt, und ist deshalb in den besonderen Verhältnissen des Schiffahrtsverkehrs begründet. Infolgedessen fehlt es am T.weg an denjenigen Voraussetzungen, welche eine Fürsorgepflicht der klagenden Gemeinde zu begründen vermöchten. Zu demselben Ergebnis führen schließlich die örtlichen Verhältnisse der Spreestrecke zwischen der Einmündung des Verbindungskanals und der G. brücke. . . . . .

Von den polizeilichen Forderungen bleiben sonach nur noch die beiden Wasserentnahmestelten am Verbindungskanal in der Nähe seiner Einmündung in die Spree und in der Nähe der städtischen Gasanstalt, ferner die Wasserentnahmestellen an dem S.steg und an der C. Brücke übrig. Bezüglich ihrer ist die Fürsorgepflicht der klagenden Gemeinde zu bejahen. Sie liegen sämtlich innerhalb der bebauten Ortslage und werden bestandig in starkem Maße von den Schiffern zum Zwecke des Entladens und Beladens ihrer Schiffe aufgesucht, wobei die Liegezeit des einzelnen durchschnittlich etwa fünf Tage beträgt. Ueberall befinden sich zahlreiche staatliche oder öffentliche städtische Lösch- und Ladestellen, die sich am S.steg auf der rechten Spreeseite, im übrigen an beiden Ufern entlang ziehen. Oeffentliche Straßen, Uferwege mit Laderampen und Ladetreppen, an der C. Brücke auch eine besondere Ladestraße vermitteln einen allgemeinen Verkehr zwischen Schiff und Land. Diese Verhältnisse bringen die Schiffsbevölkerung an jenen Stellen in einen näheren wirtschaftlichen Zusammenhang mit der übrigen Ortsbevölkerung und machen die dortigen Liegestellen zu Plätzen des allgemeinen Ortsverkehrs, so daß hier die Ortsgemeinde auch für die Trinkwasserbedürfnisse der Schiffer einzutreten hat. Die geschilderten Verhältnisse entziehen zugleich dem allgemeinen Einwande der Klägerin den Boden, daß die ihr aufgegebenen Einrichtungen nicht so sehr den Ort C., wie die von den Schiffern späterhin zu durchfahrnnden Gebiete gegen übertragbare Krankheiten schützen würden. Die Angaben der Klägerin über das Vorhandensein von Trinkwasserstellen in der Nähe der vorgenannten Wasserstrecken sind nicht dazu angetan, jedes Bedürfnis nach den angeforderten neuen Anlagen derart auszuschließen, daß dadurch das Vorhandensein der tatsächlichen Voraussetzungen des polizeilichen Verlangens in Frage gestellt wäre. Ob durch die Verweisung der Schifferbevölkerung an diese Stellen dem Bedürfnisse der ersteren in vollem Maße Rechnung getragen wird oder nicht, ist eine Frage, die wesentlich auf dem Gebiete der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit liegt, dem der Verwaltungsrichter nicht näher zu treten hat. Soweit hiernach die Verpflichtung der Stadt zur Schaffung von Trinkwasserentnahmestellen für die Schiffer anzuerkennen ist, kann ihr endlich nicht entgegengehalten werden, daß die an der Wasserstraße entlang führenden Straßen weder im Eigentume noch in der Unterhaltung der Stadt ständen und letztere deshalb auch nicht in der Lage sei, die Entnahmestellen an den verlangten Orten einzurichten. Abgesehen davon, ob der Stadt nach dieser Richtung hin überhaupt Schwierigkeiten erwachsen würden, ist es lediglich ihre Sache, die geeigneten Schritte zu unternehmen, um die Errichtung der Entnahmestellen durchzuführen. Eine rechtliche oder tatsächliche Unmöglichkeit der Ausführung liegt nicht vor.

Strafbare Ankündigung hygienischer Bedarfsartikel (antikonzeptioneller Mittel) durch Versendung von Preislisten. Urteil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 21. Dezember 1910.

und für besonders schwierige und qualifizierte Untersuchungen die Gebühren zu Ziffer 14 bis 16 des Tarifs festsetzt. Dann aber auch, indem es durch die Vorschrift der Ziffer 17 Abs. 1 Satz 2 der ersuchenden Behörde die Möglichkeit bietet, alle anderen gewöhnlichen Untersuchungen, welche zur Ausstellung eines schriftlichen Gutachtens (Ziffer 13) notwendig sind und — bei mehr als drei Untersuchungen mit Zustimmung der ersuchenden Behörde — berechnet werden, besonders zu vergüten, und zwar ebenso, als wenn die Untersuchungen zur Vorbereitung eines in einem Termine zu erstattenden Gutachtens vorgenommen worden wären.

Es kann daher auch die Auffassung, daß nicht schon eine einmalige Untersuchung in der Wohnung des Arztes, sondern allenfalls nur eine wiederholte Untersuchung oder Besichtigung als Vorbesuch zu gelten habe und besonders zu vergüten sei, nicht für zutreffend erachtet werden. Diese Auffassung findet übrigens in dem Gesetze vom 14. Juli 1909 nirgends eine Stütze. Hier wird vielmehr in Ziffer 17 Abs. 1 des Tarifs nur bestimmt, daß die Gebühr für eine Akteneinsicht in der Gebühr für das Gutachten mit einbegriffen ist. Auch der Umstand, daß Ziffer 17 Abs. 1 von „Vorbesuchen" und nicht von einem oder mehreren Vorbesuchen spricht, kann für jene Auffassung nicht herangezogen werden. Denn aus der vom Gesetzgeber angewendeten Mehrheitsform läßt sich eine Ausnahmestellung für den einmaligen „empfangenen" Vorbesuch ebensowenig herleiten wie für den einmaligen „gemachten" Vorbesuch.

Nach alledem muß vielmehr angenommen werden, daß die zu Ziff. 13 des Tarifs bestimmte Gebühr (10 bis 30 M.) nur für das schriftliche, ausführliche, wissenschaftlich begründete Gutachten und für die Akteneinsicht gilt, und daß der ärztliche Sachverständige für jede zur Ausstellung des Gutachtens erforderliche gewöhnliche Untersuchung in der Wohnung oder, falls er Anstaltsarzt ist, in der Anstalt eine besondere Gebühr von 3 M. und für jede Untersuchung außerhalb der Wohnung oder Anstalt eine solche von 5 M. zu beanspruchen hat.

Die Königl. Verordnung vom 14. Juli 1909 über die Tagegelder u. Reisekosten der Medizinalbeamten ist durch das Reisekostengesetz vom 16. Juli 1910 nicht aufgehoben. Beschluß des Landgerichts (I. Str.-Kamm.) in Halberstadt vom 31. Dezember 1910.

Gegen die Festsetzung der Reisekosten unter Zubilligung eines Satzes von nur 7 *Pfg.* für den Kilometer Weg und von 1,50 Mark für den Zu- und Abgang entsprechend dem am 1. Oktober 1910 in Kraft getretenen Gesetz betr. die Reisekosten der Staatsbeamten haben beide Kreisärzte Beschwerde eingelegt; sie sind der Ansicht, daß auf sie nicht das erwähnte Gesetz, sondern die Verordnung betr. die Tagegelder und Reisekosten der Medizinalbeamten in gerichtlichen Angelegenheiten vom 14. Juli 1909 mit den dort angegebenen Sätzen von 9 Pfg. Kilometergeldern und 3 Mark für Zu- und Abgang zur Anwendung komme. Diese Ansicht ist zutreffend. Da es sich bei der Tätigkeit beider Kreisärzte um eine gerichtliche Angelegenheit, nicht um eine amtliche Verrichtung handelte (vergl. § 3 und 5 des Gesetzes vom 14. Juli 1909), so kommt an sich die vorerwähnte Verordnung vom 14. Juli 1909 im vorliegenden Falle zur Anwendung. Nach § 17 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 bleibt diese Verordnung auch in Kraft nach dem Inkrafttreten dieses Gesetzes. Nach Absatz 2 daselbst dürfen allerdings nicht höhere als die im § 1 Absatz 1 und § 3 des Gesetzes bestimmten Vergütungen gewährt werden. Nach Satz 2 des Absatz 2 können die früher ergangenen Vorschriften bezüglich der Reisekosten durch Königliche Verordnung abgeändert werden. Wie sich aus diesem Zusammenhang ergibt, hat deshalb Absatz 2 nur die Bedeutung, daß, falls eine solche abändernde Königliche Verordnung ergeht, darin keine höheren Vergütungen als die des Reisekostengesetzes gewährt werden dürfen. Da eine solche Verordnung nicht ergangen ist, so verbleibt die Verordnung vom 14. Juli 1909 mit ihren Vergütungen für Rechnung und Zu- und Abgang in Kraft.

Die Reisekosten beider Beschwerdeführer waren deshalb nach dieser Verordnung festzusetzen.[1])

---

[1]) Ob von anderen Gerichtshöfen in gleicher Weise entschieden wird, dürfte nach dem Wortlaut des Reisekostengesetzes (§ 17 Abs. 2) doch sehr zweifelhaft sein, so sehr es im Interesse der Medizinalbeamten zu wünschen ist.

Unzulässige Versagung eines ehrlichen Begräbnisses gegenüber einer sog. Gastleiche. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (I. Sen.) vom 5. April 1910.

Der im § 188 II 11 preuß. Allgem. Landrechts enthaltene Grundsatz, daß niemandem das ehrliche Begräbnis versagt werden darf, ist in Geltung geblieben und findet auch in den durch § 189 daselbst vorgesehenen Fällen Anwendung.

Eine Versagung des ehrlichen Begräbnisses gegenüber einer sog. Gastleiche liegt schon dann vor, wenn die Beerdigung auf einer Stelle verweigert wird, auf die der Verstorbene nach dem Brauche der Kirchengesellschaft, der er selbst angehörte, Anspruch gehabt haben würde.

Die Verpflichtung der Kirchengemeinden, unter den in § 189 a. O. angegebenen Voraussetzungen Angehörigen einer anderen Konfession das Begräbnis nicht zu versagen, erschöpft sich in der Zuweisung angemessener Begräbnisstellen. Ist ohne die Verweigerung dieser Zuweisung die Beerdigung an einer nicht gehörigen Stelle erfolgt, so kann die Kirchengemeinde nur dazu angehalten werden, daß sie zur Beseitigung des unvorschriftsmäßigen Zustandes und zur Herstellung ordnungsmäßiger Verhältnisse auf dem Kirchhof andere, den gesetzlichen Anforderungen entsprechende Stellen zur Verfügung stellt und die Beerdigung an den neuen Stellen durch diejenigen, denen die Beerdigung obliegt, gestattet. (Preuß. Verw.-Bl.)

Einer Anzeige seitens des Arztes (Art. 18 Abs. 4, 5 Armenges.) bedarf es nicht, wenn der Bürgermeister einer Gemeinde — als stellvertretender Armenpflegschaftsratsvorstand — dem Arzte aus Anlass eines Auftrages der Aufsichtsbehörde die Behandlung eines Erkrankten übertragen hat, gleichgültig, ob die betreffende Gemeinde ihre Ersatzpflicht vorher anerkannt hat oder nicht. Entscheidung des bayerischen Verwaltungsgerichtshofes (III. Sen.) vom 17. Januar 1910.)

Die Anzeigepflicht als gesetzliche Voraussetzung des öffentlichrechtlichen Ersatzanspruches einer Privatperson für geleistete Armenhilfe fällt dann weg, wenn die Hilfe von dem anzeigeempfangsberechtigten gemeindlichen Organe oder auch mit dessen Einverständnis geleistet worden ist. Diese in der Rechtsprechung anerkannte Ausnahme von der Anzeigepflicht hat ihre Begründung in der Natur der Sache; denn es müßte als eine leere Förmlichkeit erscheinen, in solchem Falle noch eine eigene Anzeige zu verlangen.

In vorliegender Sache hat der Bürgermeister N. von M. auf eine Verfügung des kgl. Bezirksamtes M. dahingehend, „daß das Kostkind M. K. sofort in ärztliche Behandlung zu geben sei“ den prakt. Arzt Dr. Z. in M. veranlaßt, diesem schwerkranken Kinde die erforderliche ärztliche Hilfe zu leisten. Damit war eine Anzeige des Dr. Z. nach Art. 18 Abs. 4 und 5 des Armengesetzes entbehrlich geworden.

Einweisung in das Krankenhaus zur Beobachtung. Entscheidung des badischen Verwaltungsgerichtshofes vom 6. April 1910.

Wenn der Kassenarzt erklärt, er könne einen objektiven Befund der Krankheit (Rheumatismus) nicht feststellen, aber auch nicht beweisen, daß der Kranke die von ihm angegebenen Schmerzen nicht habe, so ist begründeter Anlaß zur Einweisung ins Krankenhaus gegeben, weil nur durch fortgesetzte Beobachtung daselbst zu ermitteln ist, ob der Kranke wirklich infolge von Rheumatismus an Schmerzen leidet, die ihn erwerbsunfähig machen. Die Einweisung des verheirateten Versicherten ist in diesem Falle von seiner Zustimmung unabhängig. (Bad. Verw.-Zeitschrift.)

Unberechtigte Krankenhauseinweisung. Entscheidung des badischen Verwaltungsgerichtshofes vom 13. April 1910.

Dem Urteil des behandelnden Kassenarztes ist in Bezug auf die Frage der Angemessenheit oder Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung mehr Gewicht beizulegen als der auf eine einmalige Untersuchung sich gründenden und mit den individuellen Verhältnissen des Kranken nicht so vertrauten Meinung eines zweiten Kassenarztes. Wenn daher jener die von diesem

empfohlene Krankenhausbehandlung der verheirateten Versicherten widerraten hat, weil nicht nur die Belassung der Kranken in ihrer Familie nach der Art der Krankheit (Anämie und Hysterie) angängig, sondern die Trennung von der Familie bei dem gemütlichen Depressionszustande der Kranken geradezu schädlich für sie gewesen wäre, so läßt sie nicht die Ueberzeugung gewinnen, daß eine der in § 7 Abs. 1 Ziffer 1 KrVG. bezeichneten Voraussetzungen gegeben und die Weigerung der Kranken, in ein Krankenhaus einzutreten, grundlos war. **(Bad. Verw.-Zeitschr.)**

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Abänderung der Prüfungsordnung für Apotheker. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 7. Dezember 1910.

Auf Grund des § 29 der Gewerbeordnung hat der Bundesrat beschlossen, daß der § 38 Abs. 1 der Prüfungsordnung für Apotheker vom 18. Mai 1904 (Zentralblatt für das Deutsche Reich S. 150) folgende Fassung erhält:

„Von den Vorschriften im § 6 Ziffer 1 und 2, § 17 Abs. 4 Ziffer 2, § 28 Abs. 2, § 32 Abs. 1 und § 35 Abs. 1 kann der Reichskanzler in Uebereinstimmung mit der zuständigen Landeszentralbehörde Ausnahmen zulassen."

B. Königreich Preussen.

Strafverfahren wegen Verfälschung von Nahrungs- und Genussmitteln. Verfügung des Justizministers vom 28. Dezember 1910.

Die Kriminalstatistik läßt erkennen, daß die in der Oeffentlichkeit häufig erhobenen Klagen über eine Zunahme der Verfälschung von Nahrungs- und Genußmitteln nicht unbegründet sind. Je mehr die Fälscher die Fortschritte **der Wissenschaft mißbrauchen, um die Arten und die Mittel der Verfälschungen zu vermehren, um so mehr erscheint es geboten, diesem gemeingefährlichen Treiben mit größtem Nachdruck entgegenzuwirken. Ich erwarte, daß die Strafverfolgungsbehörden nach wie vor in jedem Falle mit tunlichster Beschleunigung einschreiten und durch Stellung geeigneter Anträge bei Gericht darauf hinwirken werden, daß eine strenge Bestrafung namentlich der gesundheitsschädlichen und aus Gewinnsucht begangenen Verfälschungen eintritt.**

Die Strafverfolgungsbehörden werden sich indessen vor Augen halten müssen, daß die Erhebung derartiger Anklagen und die öffentliche Gerichtsverhandlung für die Gewerbetreibenden auch dann mit großen wirtschaftlichen Nachteilen verbunden zu sein pflegt, wenn das Strafverfahren schließlich mit einem Freispruch endigt. Zur Vermeidung ungerechtfertigter Härten muß verlangt werden, daß schon die Anklagen wegen Verfälschung von Nahrungs- und Genußmitteln, wegen Feilhaltens verfälschter oder verdorbener Nahrungs- und Genußmittel, wegen Zuwiderhandlungen gegen die Gesetze, betreffend den Verkehr mit Ersatzmitteln für Butter, den Verkehr mit Wein, künstlichen Süßstoffen, Bier usw. von vornherein auf eine möglichst sichere Grundlage gestellt werden. Die Untersuchung der Nahrungs- oder Genußmittel ist daher von den Strafverfolgungsbehörden grundsätzlich nur solchen Sachverständigen zu übertragen, die eine ausreichende Erfahrung auf dem jeweils in Betracht kommenden Gebiete der Chemie besitzen. Besteht der Verdacht, daß die verfälschten Nahrungs- und Genußmittel geeignet sind, die menschliche Gesundheit zu schädigen, oder daß eine solche Gesundheitsschädigung bereits eingetreten ist, so wird in der Regel auch das Gutachten ärztlicher Sachverständiger nicht zu entbehren sein. Kommen Fragen des Handelsbrauchs in Betracht, z. B. bei der Feststellung, ob eine Ware zum Zwecke der Täuschung im Handel und Verkehr hergestellt oder ob ihr eine zur Täuschung geeignete Bezeichnung gegeben ist usw., so werden hierüber Sachverständige zu hören sein, die mit den Bräuchen des betreffenden Industrie- oder Handelszweigs besonders vertraut sind. Stehen Sachverständige der letztbezeichneten Art nicht ohne weiteres zur Verfügung, so empfiehlt es sich, die zuständigen Handelsvertretungen um die Benennung solher Sachverständigen zu ersuchen.

Hinsichtlich der Anwendung des Weingesetzes vom 7. April 1909 (Reichs-Gesetzbl. S. 393) wird noch darauf hingewiesen, daß die gemäß § 21

Abs. 2 dieses Gesetzes im Hauptberuf angestellten Weinkontrolleure als besonders geeignete Sachverständige für Fragen der Herstellung und des gewerbsmäßigen Verkehrs mit Wein und weinähnlichen Getränken in Betracht kommen werden. Werden gutachtliche Aeußerungen über Fragen des Weinbaues erforderlich, so werden wegen Benennung geeigneter Sachverständiger vorzugsweise die Landwirtschaftskammer in Anspruch zu nehmen sein.

Sind in dem Strafverfahren Waren, die dem Verderb ausgesetzt sind, in Beschlag genommen worden, so ist stets darauf zu achten, daß die Beschlagnahme nicht über die durch das Verfahren gebotene Zeitdauer hinaus aufrechterhalten und daß inzwischen der Verderb oder eine Wertminderung der Waren durch geeignete Maßregeln, bei Weinen namentlich durch eine fachmännische Kellerbehandlung, tunlichst verhütet wird. Auch versteht es sich von selbst, daß hieraus ein besonderer Anlaß zu möglichster Beschleunigung des Strafverfahrens entnommen werden kann.

Die Rundverfügungen vom 5. Juni 1883 — I. 2367 —, vom 22. Februar 1889 — I. 465 —, vom 24. März 1903 — I. 1618 — und vom 14. April 1904 — I. 9043/03 — werden aufgehoben.

Aerztliche Untersuchung der Pflegepersonen in Privatirren- usw.-Anstalten. Erlaß der Minister der Justiz, der usw. Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 29. Dezember 1910 — J. M. I Nr. 344, M. d. g. A. M. Nr. 8207 U III A, M. d. I. IIa Nr. 2774 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Auf den gefälligen Bericht vom 19. November 1910 — I 11/7 M. Nr. 2208 — erwidern wir ergebenst, daß die nach § 20, Ziffer 1, Absatz 2 der Anweisung über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten vom 26. März 1901 vor der Einstellung vorzunehmende ärztliche Untersuchung der Pflegepersonen sich zunächst auf deren körperliche Beschaffenheit zu beziehen haben wird. Durch die Untersuchung soll der allgemeine Gesundheitszustand, die Tätigkeit der Sinnesorgane, die Beweglichkeit des Körpers, sowie das Nichtvorhandensein irgendwelcher übertragbarer Krankheiten und, soweit möglich, auch von früheren psychischen oder nervösen Erkrankungen (Krämpfen usw.) festgestellt werden, bevor die zum Eintritt sich meldende Person in der zu den Personalakten (zu vergl. § 21 Ziffer 2 a. a. O.) zu nehmenden schriftlichen Aeußerung von dem leitenden Arzt als zum Pfleger (zur Pflegerin) geeignet bezeichnet wird. Nach entsprechender Dienstzeit auf eine Bemerkung über die Ausbildung und die Leistungen der Pflegepersonen in die bezeichneten Akten aufzunehmen, kann als zweckmäßig angesehen werden.

Eine ärztliche Untersuchung der an den genannten Anstalten tätigen Lehrer und Lehrerinnen, deren Gesundheitszustand bereits festgestellt ist wird nur in besonderen Fällen in Frage kommen können.

Todesursachenverzeichnis für grössere Städte pp. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 14. November 1910 — M. Nr. 2671 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Nach Mitteilung des Herrn Reickskanzlers hat das Kaiserliche Gesundheitsamt auf Anregung und im Benehmen mit dem Verbande deutscher Städtestatistiker für den Gebrauch in größeren Städten pp., die bei der Anschreibung der Todesursachen über den Rahmen des „Kurzen Todesursachenverzeichnisses“ hinausgehen, das beifolgende erweiterte Verzeichnis ausgearbeitet. Dasselbe steht dem Umfang nach zwischen dem „Kurzen Todesursachenverzeichnis“ und dem „Ausführlichen Verzeichnis von Krankheiten und Todesursachen“ und ist deshalb als „Todesursachenverzeichnis mittleren Umfangs“ bezeichnet worden. In der Einteilung lehnt es sich an die beiden älteren Verzeichnisse eng an, so daß die danach geführten Anschreibungen ohne weiteres mit den Anschreibungen nach jenen, insbesondere also mit dem vereinbarten „Ausweis über die Geburts- und Sterblichkeitsverhältnisse“ vergleichbar bleiben. An dieser vereinbarten Anschreibung, welche die Grundlage für die im Kaiserlichen Gesundheitsamt bearbeitete Jahreszusammenstellung bildet, soll auch nichts geändert werden. Die Absicht geht vielmehr lediglich dahin, ohne

jeden Zwang zur Benutzung, denjenigen größerer Städte pp., die selbst das Bedürfnis fühlen, ihre Anschreibungen genau zu gestalten, eine brauchbare und die Vergleichung mit den entsprechenden Anschreibungen anderer Städte pp. ermöglichende Unterlage an die Hand zu geben.

Mit dieser Maßgabe ersuche ich ergebenst, den für den dortigen Bezirk zurzeit in Betracht kommenden, aus dem nachstehenden Verzeichnis ersichtlichen Städten pp. mit mehr als 40000 Einwohnern den Gebrauch des neuen Todesursachenverzeichnisses zu empfehlen. Je ein Stück desselben liegt bei. Das Kaiserliche Gesundheitsamt ist bereit, den genannten und auch anderen Gemeinden auf Wunsch weitere Abdrücke zum Selbstkostenpreis von 5 Pfg. für das Stück zu liefern.

Todesursachenverzeichnis mittleren Umfangs.

Neben jeder Nummer dieses Verzeichnisses werden die ihr entsprechenden Nummern der beiden anderen deutschen Verzeichnisse, nämlich des „Kurzen Todesursachenverzeichnisses“ und des „Ausführlichen Verzeichnisses von Krankheiten und Todesursachen“ angegeben. Zur Erleichterung der Eintragungen wird außerdem auf die im Kaiserlichen Gesundheitsamte bearbeitete „Alphabetische Liste von Krankheiten und Todesursachen“ und insbesondere auf die in dieser (S. 3 und 4) enthaltenen 8 Regeln, die bei Angabe mehrerer Krankheiten als Todesursachen zu beobachten sind, hingewiesen, desgleichen auf die ebendort (S. 4) unter a und b bezüglich der Totgeborenen und der Gestorbenen gemachten Bemerkungen.

Laufende Nummer	Todesursache	Nummern des kurzen Todesursachenverzeichnisses	Nummern des ausführlichen Verzeichnisses von Krankheiten und Todesursachen
1	Angeborene Lebensschwäche[1]) einschließlich Bildungsfehler[2]) und Zellengewebeverhärtung der Neugeborenen[1]) (im 1. Lebensmonat)	1	1 bis 3
2	Altersschwäche (im Alter über 60 Jahre)[3])	2	7
3	Kindbettfieber	3a	42
4	Andere Folgen der Geburt (Fehlgeburt) und Schwangerschaft	3b	8 bis 19
5	Scharlach	4	22
6	Masern und Röteln	5	23, 24
7	Diphtherie und Krupp	6	27
8	Keuchhusten	7	28
9	Typhus ausschließlich Paratyphus	8	34
10	Akuter Gelenkrheumatismus	(22)	43
11	Uebertragbare Tierkrankheiten[4]): Tollwut, Milzbrand, Rotz, Trichinose	9	52 bis 54, 58
12	Rose	10a	39
13	Starrkrampf	10b	40
14	Blutvergiftung	10b	41

[1]) Nach Ablauf des 1. Lebensmonats erfolgte Todesfälle sind besonders hervorzuheben.

[2]) Nach Ablauf des 1. Lebensmonats erfolgte Todesfälle sind unter 1, und zwar unter besonderer Hervorhebung, nur dann einzutragen, wenn ein örtliches Leiden nicht angegeben ist, sonst unter der diesem Leiden entsprechenden Nummer, z. B. bei der Angabe „angeborener Darmverschluß“ unter 39.

[3]) Im Alter bis zu 60 Jahren erfolgte Todesfälle sind besonders hervorzuheben. Wenn ein bestimmtes Leiden vorliegt, erfolgt die Eintragung unter der diesem Leiden entsprechenden Nummer; so gehört Altersbrand zu 29, Altersblödsinn zu 31, Altersschwäche mit Druckbrand zu 49.

[4]) Die davon vorgekommenen Krankheiten sind einzeln aufzuführen je mit Angabe der Zahl der Todesfälle.

Laufende Nummer	Todesursachen	Nummern des kurzen Todesursachenverzeichnisses	Nummern des ausführlichen Verzeichnisses von Krankheiten und Todesursachen
15	Tuberkulose der Lungen (Lungenschwindsucht)[5]	11 a	31 a
16	Tuberkulose anderer Organe einschließlich Skrofulose	11 b	31 b bis 31 m, 31 o
17	Akute allgemeine Miliartuberkulose . . .	11 c	31 n
18	Lungenentzündung (Pneumonie), kruppöse, katarrhalische usw.	12	29, 157 bis 159
19	Influenza	13	30
20	Venerische Krankheiten	14	49 bis 51
21	Andere übertragbare Krankheiten[4][6]: Pocken, Fleckfieber, Ruhr, Genickstarre, Strahlenpilzkrankheit, Lepra, asiatische Cholera, Wechselfieber, Pest, Rückfallfieber, Windpocken		20, 21, 26, 32, 37, 38, 44, 45, 47, 48, 67
22	Zuckerkrankheit ausschließlich Diabetes insipidus	(22)	80
23	Alkoholvergiftung, Alkoholismus	(22)	91
24	Entzündungen und Katarrhe des Kehlkopfes, der Luftröhre und der Bronchien	15	149, 153 bis 155
25	Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane ausschließlich 7, 8, 15, 16, 18, 19, 42, 43 .		140 bis 148, 150 bis 152, 156, 160 bis 168
26	Organische Herzleiden	16	172 bis 176, 178
27	Herzschlag, Herzlähmung ohne nähere Angabe		
28	Arterienverkalkung (arteriosklerotische Erweichungsherde des Gehirns s. 33) . . .		184
29	Sonstige Herz- und Blutgefäßkrankheiten .		169 bis 171, 177, 179 bis 183, 185 bis 190
30	Gehirnschlag	17 a	104
31	Geisteskrankheiten	17 b	109 bis 113
32	Krämpfe[7]		133
33	Sonstige Krankheiten des Nervensystems . .	17 b	101 bis 103, 105 bis 108, 114 bis 132, 134 bis 139
34	Atrophie (Abzehrung) der Kinder ohne nähere Angabe (Unterleibs-, Gekrösschwindsucht, Phthisis mesenterica, Tabes mesaraica s. 16)	18 a	206 205 d
35	Brechdurchfall		46, 198, 205 a bis 205 c
36	Magenkatarrh, Darmkatarrh, Durchfall, Cholera nostras		
37	Blinddarmentzündung	18 c	211
38	Krankheiten der Leber und Gallenblase ausschließlich 16, 20, 42, 43 (Leberegeln und Leberechinokokken s. 49)	18 b	221 bis 227
39	Sonstige Krankheiten der Verdauungsorgane ausschließlich 16, 42, 43		191 bis 197, 199 bis 204, 207 bis 210, 212 bis 220, 228, 229, 230

[5]) Beim Zusammentreffen von Tuberkulose der Lungen und anderer Organe ist die Eintragung unter 15 zu machen.

[6]) Nicht hierher, sondern zu 49 gehören: Frieseln, Mumps, Paratyphus, Weilsche Krankheit, Schwämmchen, Wurmkrankheiten.

[7]) Jedoch gehören Eklampsie der Schwangeren, der Gebärenden und der Wöchnerinnen zu 4, Starrkrampf zu 13, Stimmritzen-, Lungenkrampf zu 25, Herzkrampf zu 29, Veitstanz zu 33, epileptische, hysterische Krämpfe zu 33 (bezw. 31), Darmkrampf zu 36, Gallensteinkolik zu 38, Magenkrampf zu 39, Blasenkrampf zu 41, Zahnkrämpfe zu 49. Krämpfe bei Kindern neben ange-

Kopf wie vorher.

40	Nierenentzündung	19	231 bis 261
41	Sonstige Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane ausschließlich 3, 4, 16, 20, 42, 43		
42	Krebs	20a	96
43	Sonstige Neubildungen (Kropf s. 30, Lymphosarkom und Lymphon 49)	20b	97 bis 100
44	Krankheiten der äußeren Bedeckungen ausschließlich 11, 12, 14, 16, 20, 42, 43, 46 bis 48	(22)	262 bis 280
45	Krankheiten der Bewegungsorgane ausschließlich 16, 42, 43, 46 bis 48	(22)	281 bis 294
46	Selbstmord [8])	21a	89b, 90, 92 bis 95, 317 bis 334
47	Mord und Totschlag, sowie Hinrichtung [9]) .	21b	
48	Verunglückung oder andere gewaltsame Einwirkung [10])	21c	
49	Andere benannte Todesursachen	(22)	4 bis 6, 25, 33, 35, 36, 55 bis 57, 59 bis 66, 68 bis 79, 81 bis 88, 89a, 295 bis 316, (335)
50	Todesursache nicht angegeben oder unbekannt ausschließlich der Fälle von gewaltsamem Tod	23	(335)

Ueberwachung der unzulässigen Abgabe von Giften aus Gifthandlungen und Dental-Depots an Zahntechniker. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 3. Januar 1911 — M. Nr. 8280 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Nachdem bereits in meinem Erlasse vom 27. Oktober 1906 — M. 7014 — auf das Unzulässige der Lieferung von Giften aus den Gifthandlungen an die Zahntechniker hingewiesen worden und zugleich die Aufmerksamkeit auf das Treiben der sogenannten Dental-Depots gelenkt worden war, sind wiederum verschiedene Ankündigungen und Preislisten derartiger Handlungen bekannt geworden, aus denen hervorgeht, daß seitens dieser Depots sowohl an Zahntechniker, wie an Zahnärzte Gifte und Arzneimittel abgegeben werden, die nach der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 den Apotheken vorbehalten sind.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, der Geschäftspraxis der sogenannten Dental-Depots und ähnlichen Handlungen erhöhte Aufmerksamkeit zu widmen. Sofern nicht feststeht, daß sie ausschließlich Großhandel (Verkauf an Wiederverkäufer) betreiben, sind sie gemäß Ziffer 1 des Erlasses vom 22. Dezember 1902 (M.-Bl. f. Med.-Ang. S. 4) in Verbindung mit dem Erlasse vom 13. Januar 1910 (M.-Bl. f. Med.-Ang. S. 65) alljährlich in gleicher Weise, wie die Drogenhandlungen, einer Besichtigung zu unterziehen.

Einem Berichte über das Ergebnis dieser Maßnahmen sehe ich bis zum 15. Januar 1912 entgegen.

---

borener Lebensschwäche bezw. Atrophie der Kinder, Darmkatarrh oder Brechdurchfall sind unter angeborener Lebensschwäche bezw. Atrophie der Kinder, Darmkatarrh oder Brechdurchfall einzutragen.

[8]) Einschließlich der Selbstmordversuche, die nach einiger Zeit den Tod zur Folge hatten.

[9]) Hinrichtungen sind besonders zu bezeichnen.

[10]) Einschließlich derjenigen Fälle, bei denen gegen die Annahme eines Selbstmords oder eines Mords erhebliche Zweifel bestehen, sowie aller einschlägigen Todesfälle, wenn sie auch erst nach einiger Zeit eingetreten waren.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 3. 5. Februar. 1911.

Rechtsprechung.

Die Gemeinden sind zur Einrichtung von Trinkwasserentnahmestellen für Schiffer nur insoweit verpflichtet, als diese zur ortsaufhaltsamen, am allgemeinen Ortsverkehr teilnehmenden Bevölkerung gehören. Erkenntnis des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 24. Mai 1910.

. . . . Nach § 35 des Reichsseuchengesetzes können die Gemeinden nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von dem allgemeinen Gebrauch dienenden Einrichtungen für die Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser jederzeit angehalten werden, sofern diese Einrichtungen zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind. Im vorliegenden Falle waren die verlangten Wasserentnahmestellen zu einem solchen Schutze im allgemeinen erforderlich. Gerade die Flußläufe sind erfahrungsgemäß leicht und in hervorragendem Maße Träger von Keimen ansteckender Krankheiten, insbesondere der Cholera und des Typhus, und um ein Ausbrechen übertragbarer Krankheiten zu verhüten, ist es daher geboten, schon in seuchefreien Zeiten Einrichtungen zu treffen, welche eine Verwendung des Flußwassers zu Trink- oder Wirtschaftszwecken entbehrlich machen und namentlich den Schiffern bequeme Gelegenheit zur Entnahme einwandfreien Trink- und Wirtschaftswassers gewähren, weil gerade die Schiffer versucht sind, andernfalls ihren Bedarf aus den Flußläufen zu decken. An ausreichenden Anlagen dieser Art fehlt es aber zur Zeit der angegriffenen Verfügungen im C. Gebiet, wie sich bei der Untersuchung der Trinkwasserverhältnisse für die Schiffer herausgestellt hatte. Ihre Herrichtung wurde dadurch, daß damals die betreffenden Wasserläufe tatsächlich Cholerakeime mit sich zu führen schienen, nur um so dringlicher und unaufschiebbarer, ohne daß doch ihre Notwendigkeit auf dieser besonderen Seuchengefahr allein beruhte.

Die Auflagen, die der Klägerin in dieser Hinsicht gemacht worden sind, gehören auch grundsätzlich zu dena llgemeinen Einrichtungen im Sinne des § 35 des Reishsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900. Mit Unrecht geht die Klägerin hierbei davon aus, daß zu deren Errichtung nur die Vorhaltung einer allgemeinen Trinkwasserleitung im aufgeschlossenen Gemeindegebiet, nicht aber auch die Herstellung unmittelbarer Wasserentnahmestellen gehöre. Eine derartige Beschränkung ist vom Gesetzgeber weder in § 35 a. a. O. ausgesprochen, noch auch gewollt, wie aus der Begründung des Gesetzentwurfes Seite 42 ff. erhellt, welche ausdrücklich auch die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Brunnen eines Ortes oder Ortsteils von jener Vorschrift umfasst wissen will. Bei der Pflicht der Gemeinde, die dem allgemeinen Gebrauche dienenden Einrichtungen zur Versorgung mit Trink- und Wirtschaftswasser zu beschaffen, ist vielmehr zwischen der Versorgung der Grundstücke im aufgeschlossenen Gemeindegebiete und der Versorgung des allgemeinen Ortsverkehrs zu unterscheiden. Bei der Versorgung der Grundstücke erfüllt allerdings die Gemeinde ihre Pflicht regelmäßig mit der Herstellung einer allgemeinen, den Grundstücken zugänglichen Trinkwasserleitung und ist es nicht ihre Aufgabe, sondern Sache des betreffenden Grundstückseigentümers, seinen Grundbesitz an jene Leitung anzuschließen, weil dieser Anschluß nicht mehr dem allgemeinen Gebrauch, sondern dem Gebrauch seitens des individuellen Kreises der auf dem Grundstücke aufhaltsamen Personen dient und es dem Grundstückseigentümer obliegt, sein Grundstück in einem polizeimäßigen Zustande zu erhalten. Anders steht es dagegen bei der Versorgung des Publikums im allgemeinen Ortsverkehr. Hier erstreckt sich

die Verpflichtung der Gemeinde regelmäßig auch auf die Herrichtung von unmittelbaren Wasserentnahmestellen (Straßenbrunnen und dergl.) nach Maßgabe des bestehenden Bedürfnisses, weil diese Zapfstellen dem allgemeinen Gebrauch dienen und bezüglich ihrer eine konkurrierende Verpflichtung Dritter gemeinhin nicht besteht. Insbesondere liegt eine dahingehende Verpflichtung demjenigen nicht ob, der durch die Schaffung oder Unterhaltung von Hafen- und hafenähnlichen Anlagen an einer Schiffahrtsstraße die Vorbedingung für die Entwicklung eines öffentlichen Ortsverkehrs an solchen Stellen schafft. Vielmehr hat auch hier die Gemeinde für die Bedürfnisse des Ortsverkehrs einzutreten, und sie ist nicht berechtigt, zu verlangen, daß durch Fortweisung der Schiffer von jenen Stellen sie vor einer Inanspruchnahme ihrer Fürsorgepflicht bewahrt werde. Demgemäß kann sie auf Grund des § 35 a. a. O. genötigt werden, auch für die Schiffer im Gemeindegebiete an leicht erreichbaren Stellen Trink- und Wirtschaftswasser unmittelbar bereitzustellen. Denn ein allgemeiner Gebrauch im Sinne der gesetzlichen Bestimmung muß auch da angenommen werden, wo die Benutzung durch eine gewisse Klasse der Bevölkerung allein oder vorzugsweise in Betracht kommt, und ist nur da für ausgeschlossen zu erachten, wo die Einrichtung für einen individuellen Personenkreis bestimmt ist. Es macht dabei auch keinen Unterschied, ob die betreffende Bevölkerungsklasse zur seßhaften Ortseinwohnerschaft gehört, oder ob ihre einzelnen Mitglieder sich nur mehr oder weniger vorübergehend im Orte aufzuhalten pflegen. Die Frage, ob und inwieweit die Gemeinden rechtlich oder tatsächlich in der Lage sind, für die Benutzung der von ihnen auf Grund von § 35 des Reichsseuchengesetzes geschaffenen Anlagen Entgelt zu verlangen, scheidet hier völlig aus. Es kommt daher auch nicht darauf an, ob eventuell, wie die Klägerin darzutun sucht, die ortsfremden Schiffer in bezug auf die Trinkwasserversorgung durch die Gemeinde besser gestellt sein würden, wie die ortseingesessene Bevölkerung.

Die Pflicht der Gemeinde, für die Schiffer Trinkwasser zu beschaffen und bereitzustellen, findet dagegen ihre Schranken darin, daß es sich auch bei den durch § 35 a. a. O. vorgesehenen Einrichtungen stets nur um Angelegenheiten handelt, welche ihrem Wesen nach zu den Aufgaben der Gemeindeverwaltung gehören. Eine Fürsorge der Gemeinde für die Schiffer ist deshalb nur insoweit geboten, als diese zur ortsaufhaltsamen, am allgemeinen Ortsverkehr teilnehmenden Bevölkerung zu rechnen sind, für die allein die Gemeinde einzutreten hat. Soweit die Schiffer das Gemeindegebiet lediglich durchfahren oder in ihm nur aus Anlaß des Schiffahrtsbetriebes allein Aufenthalt nehmen, treten sie weder in die örtliche Gemeinschaft noch in den allgemeinen Ortsverkehr ein, sondern verbleiben im Schiffahrtsverkehr, der vermöge seiner Eigenart, die sich auch in der Regelung der polizeilichen Zuständigkeit zeigt, dem allgemeinen Ortsverkehr gesondert gegenübersteht und deshalb ebensowenig der Fürsorge der Gemeinde, wie der Aufsicht der Ortspolizei unterliegt. In gleicher Weise ist die Fürsorgepflicht der Gemeinde auch bei einem Aufenthalt der Schiffer zwar im Gemeindegebiet, aber außerhalb der bebauten Ortslage zu verneinen, weil auch in diesem Falle der Schiffsbevölkerung im allgemeinen der örtlichen Gemeinschaft und dem allgemeinen Ortsverkehre fernbleibt. Infolgedessen läßt sich eine Verpflichtung der Gemeinde, die Schiffer mit Trinkwasser zu versorgen, regelmäßig nur für die im Ortsbereiche belegenen Schiffsliegeplätze und auch hier nur dann anerkennen, wenn diese Liegeplätze dauernd und bestimmungsgemäß die Schiffsbevölkerung in unmittelbare Beziehung zum Orte und seinem allgemeinen Verkehre setzen. Dauernde Verhältnisse sind dabei nicht in dem Sinne erforderlich, daß jedes einzelne Fahrzeug dauernd dort liegen müsse, sondern nur so, daß dauernd an der betreffenden Stelle Schiffe anlegen. Die Liegestelle muß aber hierzu ausersehen und allgemein freigegeben, insbesondere von der Schiffahrtspolizeibehörde dazu bestimmt sein, weil das freie Belieben einzelner Personen im Landen und auch die bloße Duldung dessen die Fürsorgepflicht der Gemeinde noch nicht zu begründen vermag.

Aus diesen Erwägungen erweisen sich im vorliegenden Falle die polizeilichen Forderungen mit Rücksicht auf die örtlichen Verhältnisse an den in Frage stehenden Stellen nur zum Teil als berechtigt.

So besteht für die Klägerin keine rechtliche Verpflichtung, am Ver-

bindungskanal in der Nähe der K. Fabrik und an der Ch. Schleuse Trinkwasseranlagen für Schiffer zu schaffen, weil beide Stellen ganz außerhalb des bebauten Ortsgebiets und allgemeinen Ortsverkehrs liegen. Bei der C. Schleuse kommt außerdem hinzu, daß die Schiffer hier außerhalb der kalten Jahreszeit, während deren die Schiffahrt überhaupt ruht, Aufenthalt nur nehmen, wenn und soweit sie auf ihr Durchschleusen warten müssen, so daß ihr Verweilen an dieser Stelle lediglich aus Gründen des Schiffahrtsverkehrs erfolgt. Letzteres gilt auch für die Spreestrecke am T. Weg. Auch hier findet ein Lösch- und Ladeverkehr, von vereinzelten, nicht in Betracht kommenden Ausnahmen abgesehen, nicht statt und ist das Anlegen und Stilliegen von Schiffsfahrzeugen und Flößen sogar grundsätzlich verboten. Nur Schleppdampfer legen sich daselbst regelmäßig zu vorübergehendem Aufenthalt fest. Dies geschieht aber nicht aus dem Grunde, ihrerseits Verkehr mit dem Lande zu suchen, sondern ist in erster Linie darauf zurückzuführen, daß die Eigenart des Schleppbetriebes sie zu zeitweiligem Warten veranlaßt, und ist deshalb in den besonderen Verhältnissen des Schiffahrtsverkehrs begründet. Infolgedessen fehlt es am T.weg an denjenigen Voraussetzungen, welche eine Fürsorgepflicht der klagenden Gemeinde zu begründen vermöchten. Zu demselben Ergebnis führen schließlich die örtlichen Verhältnisse der Spreestrecke zwischen der Einmündung des Verbindungskanals und der G. brücke. . . . . .

Von den polizeilichen Forderungen bleiben sonach nur noch die beiden Wasserentnahmestelten am Verbindungskanal in der Nähe seiner Einmündung in die Spree und in der Nähe der städtischen Gasanstalt, ferner die Wasserentnahmestellen an dem S.steg und an der C. Brücke übrig. Bezüglich ihrer ist die Fürsorgepflicht der klagenden Gemeinde zu bejahen. Sie liegen sämtlich innerhalb der bebauten Ortslage und werden bestandig in starkem Maße von den Schiffern zum Zwecke des Entladens und Beladens ihrer Schiffe aufgesucht, wobei die Liegezeit des einzelnen durchschnittlich etwa fünf Tage beträgt. Ueberall befinden sich zahlreiche staatliche oder öffentliche städtische Lösch- und Ladestellen, die sich am S.steg auf der rechten Spreeseite, im übrigen an beiden Ufern entlang ziehen. Oeffentliche Straßen, Uferwege mit Laderampen und Ladetreppen, an der C. Brücke auch eine besondere Ladestraße vermitteln einen allgemeinen Verkehr zwischen Schiff und Land. Diese Verhältnisse bringen die Schiffsbevölkerung an jenen Stellen in einen näheren wirtschaftlichen Zusammenhang mit der übrigen Ortsbevölkerung und machen die dortigen Liegestellen zu Plätzen des allgemeinen Ortsverkehrs, so daß hier die Ortsgemeinde auch für die Trinkwasserbedürfnisse der Schiffer einzutreten hat. Die geschilderten Verhältnisse entziehen zugleich dem allgemeinen Einwande der Klägerin den Boden, daß die ihr aufgegebenen Einrichtungen nicht so sehr den Ort C., wie die von den Schiffern späterhin zu durchfahrnnden Gebiete gegen übertragbare Krankheiten schützen würden. Die Angaben der Klägerin über das Vorhandensein von Trinkwasserstellen in der Nähe der vorgenannten Wasserstrecken sind nicht dazu angetan, jedes Bedürfnis nach den angeforderten neuen Anlagen derart auszuschließen, daß dadurch das Vorhandensein der tatsächlichen Voraussetzungen des polizeilichen Verlangens in Frage gestellt wäre. Ob durch die Verweisung der Schifferbevölkerung an diese Stellen dem Bedürfnisse der ersteren in vollem Maße Rechnung getragen wird oder nicht, ist eine Frage, die wesentlich auf dem Gebiete der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit liegt, dem der Verwaltungsrichter nicht näher zu treten hat. Soweit hiernach die Verpflichtung der Stadt zur Schaffung von Trinkwasserentnahmestellen für die Schiffer anzuerkennen ist, kann ihr endlich nicht entgegengehalten werden, daß die an der Wasserstraße entlang führenden Straßen weder im Eigentume noch in der Unterhaltung der Stadt ständen und letztere deshalb auch nicht in der Lage sei, die Entnahmestellen an den verlangten Orten einzurichten. Abgesehen davon, ob der Stadt nach dieser Richtung hin überhaupt Schwierigkeiten erwachsen würden, ist es lediglich ihre Sache, die geeigneten Schritte zu unternehmen, um die Errichtung der Entnahmestellen durchzuführen. Eine rechtliche oder tatsächliche Unmöglichkeit der Ausführung liegt nicht vor.

Strafbare Ankündigung hygienischer Bedarfsartikel (antikonzeptioneller Mittel) durch Versendung von Preislisten. Urteil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 21. Dezember 1910.

Der Angeklagte, der in seiner Apotheke in der Hauptsache Artikel für Krankenpflege vertreibt, hatte am 4. Januar 1910 durch Vermittlung der Inseratenexpedition Mosse ein Inserat in der Frankfurter Zeitung erscheinen lassen, durch das er hygienische Bedarfsartikel, Mittel zur Verhütung der Konzeption, Gummiwaren etc. ankündigte. An Kunden, die auf solche Inserate hin bestellten, richtete er zunächst die Rückfrage, welche spezielle Artikel sie wünschten, und sandte ihnen dann seine Spezialpreislisten. Vom Landgericht in Frankfurt war er wegen Vergehens des § 184,3 Str. G. B. zu einer Geldstrafe von 3 Mark verurteilt; nach der Judikatur des Reichsgerichts seien solche sogenannte hygienische Bedarfsartikel dann als zu unzüchtigem Gebrauche bestimmte Gegenstände zu betrachten, wenn sie beim außerehelichen Verkehre Verwendung finden; ihre Anpreisung sei deshalb auch strafbar, wenn eine solche Verwendung durch Unverheiratete vom Anpreisenden vorausgesehen worden sei. Der Angeklagte habe sich mit seiner Anpreisung an den Leserkreis seiner Zeitung, an eine unbegrenzte Vielheit von Personen, also an das Publikum gewendet und habe an jeden, der es gewollt habe, nach einer Rückfrage seine Spezialpreislisten geschickt. Dabei habe der Angeklagte Erkundigungen unterlassen, ob die Besteller ausschließlich verheiratete Personen gewesen seien. Bis zur sicheren Feststellung dieser Tatsache aber habe der Angeklagte mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß viele Besteller unverheiratet gewesen seien und die Artikel demnach zum außerehelichen, d. h. unzüchtigem Gebrauche haben wollten. Strafmildernd solle jedoch in Betracht gezogen werden, daß die Annoncen weder auffällig noch anstößig gewesen und auch nicht beanstandet worden seien. Die gegen dies Urteil eingelegte Revision wurde vom Reichsgericht verworfen. Zutreffend gehe das Landgericht davon aus, daß solche hygienische Bedarfsartikel dann als zu unzüchtigem Gebrauche bestimmte Gegenstände zu gelten haben, wenn ihre Verwendung auch zum außerehelichen Verkehre vorausgesehen werden müsse. In dem Inserat liege zwar noch keine strafbare Anpreisung, wohl aber in der Versendung von Spezialpreislisten an jeden Beliebigen des unbegrenzten Leserkreises der Zeitung.[1] (Sächsische Korrespondenz.)

Begriff „Unzüchtig" in bezug auf Druckschrift („Weniger Kinder und glücklichere Eltern") im Sinne des § 184 Str.-G.-B. Urteil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 3. Januar 1911.

Das Landgericht Breslau hatte im Strafverfahren durch Urteil vom 30. Juli auf Unbrauchbarmachung der Druckschrift: „Weniger Kinder und glücklichere Eltern" erkannt, da deren Inhalt nichts gemein mit wissenschaftlicher Bearbeitung habe. Der marktschreierische Untertitel des Buches: „ein Notschrei der Menschheit", die Phrasen über gesundheitliche Verhältnisse sowie die übermäßig breite Darstellung des geschlechtlichen Lebens ließen zu deutlich den „offenbar unzüchtigen Endzweck" des Werkes erkennen, das Geschlechtsgefühl zu reizen. Die in einigen Kapiteln mit wissenschaftlichem Anstriche angegebenen Mittel zur Menstruationsvereitelung seien nur Deckmantel, den wahren Charakter des Buches als einer unzüchtigen Schrift zu verhüllen. Zu diesem objektiv unzüchtigen Inhalt des Werkes komme, daß auch die auf demselben und auf den Prospekten aufgedruckten Titelbilder objektiv unzüchtige seien. Das Titelblatt des Werkes selbst zeige zwei vollständig nackte Menschen beiderlei Geschlechts und einen weinenden Storch, dem die abgebildete weibliche Figur eine Nase ziehe. Den Prospekten sei gleichfalls ein Storch aufgedrückt, der betrübt das Buch des Verfassers betrachte. Beide Bilder seien geeignet, geschlechtliche Lusterregung zu bewirken. Hierzu komme, daß das Buch und die Prospekte bei ihrer Auslage in der Buchhandlung nicht nur Eheleuten, sondern auch Unverheirateten zugänglich gewesen seien. Die Revision des Angeklagten rügt Verkennung des Begriffes unzüchtig; dies gehe schon daraus hervor, daß gerade die Stellen, aus denen das Landgericht den „unzüchtigen Endzweck" des Werkes herleite, „wissenschaftlichen" Werken Häckels und Mantegazzas entnommen seien. Die bildlichen Darstellungen seien gleichfalls

---

[1]) In zwei anderen ähnlichen Fällen hat das Reichsgericht durch die Urteile vom 18. Februar und 13. Dezember 1910 in gleicher Weise entschieden.

nicht unzüchtig, da sie nur auf den Inhalt des Buches hindeuten, ohne ihrerseits geschlechtliche Lusterregung herbeizuführen. Das Reichsgericht verwarf jedoch die Revision, trotz der Versicherung des Interessenten, daß damit sein „Lebenswerk" vernichtet werde. Die tatsächlichen Feststellungen des Vorderrichters über den unzüchtigen Charakter des Werkes seien bedenkenfrei. Auch darin liege kein Rechtsirrtum, daß das Landgericht die Unzüchtigkeit gerade aus einer Reihe von Stellen herleite, die aus anderen, nicht unzüchtigen, weil wissenschaftlichen Werken entnommen seien. Entscheidend sei, in welcher Verbindung und zu welchem Zwecke diese Stellen übernommen worden seien.
(Sächsische Korrespondenz.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Zahlung von Fahrkostenentschädigungen, an Regierungs- und Medizinalräte. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 30. Dezember 1910 — M. 3252 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Zur Vermeidung von Mißverständnissen mache ich darauf aufmerksam, daß den Regierungs- und Medizinalräten die Fuhrkostenentschädigung von 1,50 M., die ihnen nach § 1 des Gesetzes vom 9. März 1892 für medizinal- oder sanitätspolizeiliche Verrichtungen an ihrem Wohnorte oder in geringerer Entfernung als 2 Kilometer von diesem zu zahlen war, nach dem Gesetze, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten, vom 14. Juli 1909, nicht mehr zusteht. Die etwa zu Unrecht gezahlten Beträge sind zur Staatskasse wieder einzuziehen. Hinsichtlich der Dienstgeschäfte am Wohnorte pp. gilt jetzt auch für die Regierungs- und Medizinalräte, abgesehen von den Apothekenbesichtigungen, (vgl. § 14 Absatz 1 des Gesetzes vom 14. Juli 1909) die Vorschrift im § 7 des Gesetzes, betreffend die Reisekosten der Staatsbeamten, vom 26. Juli 1910, wonach dem Beamten gegebenenfalls die verauslagten Fahrkosten erstattet werden.

Abführung von Gebühren für die Revision von Schiffsapotheken an die Staatskasse. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangeegenheiten vom 31. Dezember 1910 — M. 2871. II. — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach der mit Bericht vom 4. November d. J. — Pr. A. VI. 4594 — vorgelegten Nachweisung hat der vollbesolldete Kreisarzt Dr. N. in St. in den Etatsjahren 1908 und 1909 die Gebühren für die Revision von Schiffsapotheken für sich vereinnahmt.

Nach der von mir in Gemeinschaft mit dem Herrn Minister für Handel und Gewerbe erlassenen Bekanntmachung vom 11. Juni 1906 (Min. Blatt für Med. Ang. S. 291) ist für die Revision der Ausrüstung von Kauffahrteischiffen mit Arznei- und anderen Hilfsmitteln zur Krankenpflege der Kreisarzt zuständig. Diese Tätigkeit ist mithin als eine amtliche anzusehen, und die Gebühren dafür sind von dem vollbesoldeten Kreisarzt an die Staatskasse abzuführen (§ 4 des Gesetzes vom 14. Juli 1909). Auch vor der Einführung des angezogenen Gesetzes und der neuen Dienstanweisung für die Kreisärzte unterlagen die Gebühren, da es sich um Verrichtungen handelt, für die der Kreisarzt ausschließlich zuständig ist, der Ablieferungspflicht.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, hiernach das Erforderliche gefälligst zu veranlassen.

Mitwirkung der Kreisärzte und der Landespolizeibehörde bei Neuanlagen und Ueberwachung der eisenbahnfiskalischen Wasserversorgungsanlagen. Erlaß der Minister der usw. Angelegenheiten und des Innern vom 12. November 1910 — M. d. g. A. M. Nr. 20107, 10; M. d. Inn. IId. Nr. 2456 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Auf den Bericht vom 8. Januar v. Js. — I E. 6119 — erwidern wir

Euerer Hochwohlgeboren im Einvernehmen mit dem Herrn Minister der öffentlichen Arbeiten ergebenst folgendes:

Es kann dahingestellt bleiben, ob die eisenbahnfiskalischen Einrichtungen zur Versorgung des reisenden Publikums mit Trink- und Gebrauchswasser tatsächlich dem allgemeinen Gebrauch dienen im Sinne des § 35 Abs. 1 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900, und demgemäß fortlaufend durch staatliche Beamte zu beaufsichtigen sind. Jedenfalls kann aber weder aus dieser Gesetzesvorschrift, noch aus den ganz allgemein gefaßten Bestimmungen des § 6 des Preußischen Gesetzes, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes pp. vom 16. September 1899, und der, Dritten gegenüber nicht zwingenden Vorschrift im § 74 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom $\frac{\text{23. März 1901}}{\text{1. September 1909}}$ gefolgert werden, daß die eisenbahnfiskalischen Wasserversorgungsanlagen notwendig einer ständigen Ueberwachung durch die Kreisärzte unterliegen. Wenn auch für die Eisenbahnbehörden die von den zuständigen Landesbehörden auf dem Gebiet der Gesundheitspflege erlassenen Anordnungen allgemeiner Art maßgebend und verbindlich sind, so bleibt ihnen doch die Ausführung der danach zu treffenden Vorbeugungs- und Schutzmaßregeln gemäß § 40 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900 innerhalb ihres Ressorts selbständig überlassen. Der Herr Minister der öffentlichen Arbeiten hat sich aber veranlaßt gesehen, die von ihm in Ausübung vorerwähnter Befugnis unter dem 27. März 1907 aufgestellten „Grundzüge für die Errichtung von Bahnwasserwerken und Vorschriften für die Wasseruntersuchung" (E. N. Bl. S. 137) dahin zu ergänzen, daß den Eisenbahnbehörden für gewisse Fälle die Zuziehung der Kreisärzte nahe gelegt oder vorgeschrieben wird. Euere Hochwohlgeboren wollen die Kreisärzte Ihres Bezirks mit entsprechender Anweisung versehen und gleichzeitig anordnen, daß von ihnen etwa bemerkte Mängel oder zu machende Abänderungsvorschläge nur durch die Landespolizeibehörde zur Kenntnis der zuständigen Eisenbahndirektion zu bringen sind.

Ein Druckexemplar der neugefaßten Grundzüge, auf deren Bestimmungen zu II A. 1 letzter Satz; II B. erster Absatz; IV. 1. 1. letzter Satz; V. 2. letzter Satz und VI. II. Ziffer 4 Abs. 3 letzter Satz wir besonders hinweisen, ist ergebenst beigefügt.

Die Mitwirkung der Landespolizeibehörde wird sich im übrigen auf diejenigen Fälle der Neuanlage bahneigener Wasserwerke zu beschränken haben, in denen durch diese Anlagen öffentliche Interessen berührt werden. Die Eisenbahnbehörden sind angewiesen worden, in solchen Fällen vor Ausführung der Pläne die Zustimmung der Landespolizeibehörden einzuholen. (Erlaß des Herrn Ministers der öffentlichen Arbeiten vom 9. Juli 1910, Eisenb.-Verord.-Bl. S. 174.)

Verhütung von Gesundheitsbeschädigungen durch den Verkehr mit Rohhäuten. Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe vom 20. Dezember 1910 — Nr. III 10223 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Durch diesen Erlaß ist angeordnet, daß die in den §§ 63—69, 90 u. 91 der nachstehend neuen Unfallverhütungsvorschriften der Lederindustrie-Berufsgenossenschaft vom 31. Mai und 9. September 1910 enthaltenen Vorschriften an Stelle der früheren vom 5. Juni 1891 gegebenen Anweisung und der Verfügungen vom 6. Juli 1897 und 12. Dezember 1898 treten sollen.

Unfallverhütungsvorschriften.

§ 63. Rohe Schaf- und Ziegenfelle sowie trockene ausländische Rohhäute sind in besonderen, verschließbaren Lagerräumen aufzubewahren, die nur zu diesem Zweck dienen und mit Wohnräumen, Stallungen oder Räumen zur Aufbewahrung von Viehfutter nicht in unmittelbarer Verbindung stehen.

§ 64. Die Lagerräume sind mit einem aus Zement, Asphalt oder einem ähnlichen, undurchlässigen Material fugendicht hergestellten Fußboden zu versehen. Bestehende Anlagen dürfen für einen Zeitraum von zehn Jahren weiter benutzt werden, soweit sie mit einem dichten und festen Fußboden versehen sind.

Die Lagerräume sind mindestens einmal wöchentlich nach Beendigung der Arbeit feucht zu reinigen, z. B. durch Auskehren mit feuchtem Sägemehl

oder feuchter Lohe. Außerdem hat nach Leerung des Lagerraumes oder einzelner Teile desselben regelmäßig ihre Desinfektion durch Anstreichen mit einer Lösung von 1 Gewichtsteil frischem Chlorkalk in 20 Gewichtsteilen Wasser mit der Maßgabe zu erfolgen, daß mindestens alie Jahr einmal der ganze Lagerraum in dieser Weise desinfiziert wird, Wände und Decken aber nur insoweit, als sie mit Rohhäuten in Berührung gekommen sind. Der Anstrich darf frühestens nach Ablauf von 24 Stunden entfernt werden.

Kehricht und wertloses Packmaterial (Strohseile, Baststricke u. dergl.) sind zu verbrennen.

§ 65. Rohe Schaf- und Ziegenfelle sowie trockene ausländische Rohhäute sind mit besonderer Vorsicht zu behandeln; sie dürfen insbesondere nicht unnötig Erschütterungen ausgesetzt oder geworfen werden.

Für die Beförderung der Häute empfiehlt es sich dringend, besondere Einrichtungen (Wagen oder dergleichen) zu verwenden.

Zum Tragen der Häute sind den Arbeitern Schutzkappen, die Kopf, Nacken und Schulterblätter bedecken, zum Hantieren mit trockenen ausländischen Häuten Arbeitskittel in ausreichender Zahl und guter Beschaffenheit zur Verfügung zu stellen.

Der Arbeitgeber hat durch geeignete Anordnungen und Beaufsichtigung dafür Sorge zu tragen, daß die Arbeitskittel und Schutzkappen nur von denjenigen Arbeitern benutzt werden, denen sie zugewiesen sind, und daß sie nach je einwöchigem Gebrauch mindestens einmal desinfiziert werden. Die Desinfektion muß nach Wahl des Arbeitgebers geschehen entweder durch mindestens einhalbstündige Einwirkung strömenden Wasserdampfes bei einem Ueberdruck von nicht unter 0,15 Atmosphären oder durch mindestens einstündiges Kochen im Wasser.

§ 66. Die Arbeiter, die mit rohen Schaf- und Ziegenfellen oder trockenen ausländischen Rohhäuten in Berührung kommen, sind beim Antritt des Arbeitsverhältnisses auf die ihnen drohende Milzbrandgefahr aufmerksam zu machen und es ist ihnen der Abdruck der Unfallverhütungsvorschriften und einer Belehrung über Milzbranderkrankung auszuhändigen. Außerdem ist in den Betriebsräumen an geeigneten Stellen die Belehrung auszuhängen. Die nötige Anzahl der Belehrung wird den Betriebsunternehmern von der Genossenschaft zur Verfügung gestellt.

§ 67. In einem staubfreien Teil der Anlage müssen an geeigneten Stellen für die Arbeiter Wascheinrichtungen und, soweit Arbeiter im Betriebe ihre Mahlzeiten einzunehmen pflegen, ein Speiseraum vorhanden sein. Der Raum muß sauber und staubfrei gehalten und während der kalten Jahreszeit geheizt werden.

Es müssen Wasser, Seife und Handtücher sowie Einrichtungen zur Verwahrung der Kleidungsstücke in ausreichender Menge vorhanden sein.

§ 68. Der Arbeitgeber hat darauf zu halten, daß Arbeiter mit wunden Hautstellen, insbesondere an Hals, Gesicht, Händen und Armen, zur Beschäftigung in den im § 63 bezeichneten Lagerräumen und zu Arbeiten nicht zugelassen werden, bei denen sie mit rohen Schaf- und Ziegenfellen oder trockenen Rohhäuten, welche die Kalkäscher noch nicht durchlaufen haben, in Berührung kommen.

§ 69. Weiter hat der Arbeitgeber darauf zu halten, daß jeder milzbrandverdächtige Arbeiter sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, und daß jeder milzbrandkranke Arbeiter in das von der Berufsgenossenschaft als zuständig bezeichnete Krankenhaus verbracht wird.

§ 90. Arbeiter, welche mit der Verarbeitung von rohen Schaf- und Ziegenfellen sowie trockener ausländischer Rohhäute beschäftigt sind, dürfen erst dann den Speiseraum betreten, Mahlzeiten einnehmen oder die Anlagen verlassen, wenn sie zuvor die vorgeschriebenen Arbeitskleider abgelegt und Gesicht, Kopf- und Barthaare, Hals, Hände und Arme sorgfältig gewaschen haben.

Die Arbeiter dürfen Getränke in offenen Gefäßen und Nahrungsmittel nicht in die Arbeitsräume mitnehmen. Das Einnehmen von Speisen ist ihnen nur außerhalb der Arbeitsräume gestattet.

§ 91. Spürt der Arbeiter auf der Haut ein verdächtiges Jucken oder

Brennen oder einen Schmerz, welcher von einem anfangs kleinen, bald größer werdenden dunklen Bläschen ausgeht, so hat er hiervon sofort der zuständigen Betriebsstelle Anzeige zu machen und sich unverzüglich in ärztliche Behandlung oder in das vorgeschriebene Krankenhaus zu begeben, da eine Verzögerung die Krankheit leicht gefährlich machen und in wenigen Tagen zum Tode führen kann.

B. Elsass-Lothringen.

Verpflichtung der Aerzte zur Anmeldung von übertragbaren Krankheiten. Kaiserliche Verordnung vom 29. Oktober 1910.

Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen etc. verordnen im Namen des Reichs für Elsaß-Lothringen, auf Grund des Dekrets vom 22. Dezember 1789 Abteilung 3 Artikel 2 Ziffer 9 und des Gesetzes vom 16./24. August 1790 Titel XI Artikel 3 Ziffer 5 hiermit, was folgt:

Die Aerzte sind verpflichtet, abgesehen von der ihnen nach den §§ 1 und 2 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 obliegenden Anzeigepflicht — bei Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalische Beulenpest), Pocken (Blattern) und gemäß der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. September 1909 bei Milzbrand — von jedem Falle folgender Krankheiten, deren Behandlung ihnen anvertraut ist oder ihnen aus ihrer Berufstätigkeit (z. B. bei der Leichenschau) bekannt wird, längstens binnen 24 Stunden nach Feststellung der Krankheit dem Kreisarzte desjenigen Kreises, in welchem sich der Kranke befindet, schriftlich Anzeige zu erstatten:

Diphtherie (Rachenbräune);
Genickstarre (übertragbare);
Kindbettfieber (Wochenbett — Puerperalfieber);
Körnerkrankheit (Trachom), wenn sie gehäuft auftritt;
Rotz;
Rückfallfieber (Febris recurrens);
Ruhr (übertragbare Dysenterie);
Scharlach (Scharlachfieber);
Tollwut (Lyssa) sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere;
Trichinose;
Tuberkulose, in jedem Falle von offener Lungen und Kehlkopftuberkulose

a) bei bekannt gewordenen Wohnungswechsel des Kranken,
b) bei hochgradiger Gefährdung der Umgebung des Kranken in Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse,
c) bei jedem in einer Schule oder Erziehungsanstalt, in Privatkrankenhäusern, Waisen-, Armen-, Siechenhäusern und sonstigen Anstalten festgestellten Falle,
d) bei jedem Todesfalle;

Typhus (Unterleibstyphus), sowie von jeder Erkrankung, welche den Verdacht des Typhus erweckt oder ihm ähnlich ist, wie Paratyphus (Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftungen).

Ortspolizeiverordnungen, welche weitergehende Bestimmungen enthalten, insbesondere die Erstattung der Anzeige statt an den Kreisarzt an die örtliche Polizeiverwaltung vorschreiben, werden von der gegenwärtigen Verordnung nicht berührt.

Das Ministerium ist ermächtigt, die Anzeigepflicht erforderlichen Falles auch auf andere übertragbare Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange solche gehäuft auftreten. Auch erläßt es die zur Ausführung der Verordnung erforderlichen Bestimmungen.

Die Verordnung tritt am 1. Januar 1911 in Kraft.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 4. 20. Februar. 1911.

Rechtsprechung.

Verpflichtung zur Beseitigung gesundheitsgefährdender Zustände durch Grundstücksbesitzer. Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 2. November 1910.

Die angefochtene polizeiliche Verfügung vom 23. April gibt dem Kläger auf, entweder die Tonnen von dem Grundstück Sophienstraße 42 zu entfernen oder sie in einem geruchsundurchlässigen, von der Straße entfernten Raum unterzubringen. Wenn der Kläger behauptet, daß ihm die Erfüllung der zweiten Alternative nicht möglich sei, weil infolge besonderer baupolizeilicher Beschränkungen für die in Frage kommende Stadtgegend die Bauerlaubnis für die Herrichtung des verlangten geruchsundurchlässigen Raumes nicht erteilt werden könne, so kann dahingestellt bleiben, ob diese Behauptung zutrifft. Denn auch wenn es dem Kläger nicht möglich sein sollte, auf seinem Grundstück geruchsundurchlässige Räume herzustellen, so liegt doch eine zur Aufhebung der polizeilichen Verfügung führende Unmöglichkeit, ihr nachzukommen, nicht vor, wenn nur eine Alternative gestellt werden kann. Daher kommt es auf die Erfüllbarkeit der anderen Alternative nicht an.

Die angefochtene polizeiliche Verfügung findet ihre gesetzliche Stütze in § 10 Titel 17 Teil II des Allg. Landrechts, wonach es zu den Aufgaben der Polizei gehört, Maßnahmen zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern desselben drohenden Gesundheitsgefahr zu treffen. Nach dieser Bestimmung erscheint die Polizeibehörde befugt, der Verbreitung übler Gerüche, wenn diese die menschliche Gesundheit gefährden, entgegenzutreten. Diese Voraussetzung für das Einschreiten der Polizei ist hier gegeben. Nach dem auf Grund zweimaliger persönlicher Information an Ort und Stelle erstatteten Gutachten des Regierungs- und Medizinalrats vom 11. August 1909 lagern auf dem Grundstück des Klägers mehrere tausend Tonnen, an denen zersetzungsfähige Reste ihres früheren, aus Fett, Oel, Petroleum, Heringen, Sauerkohl und anderen Nahrungsmitteln bestehenden Inhalts haften. Die Zersetzung dieser Stoffe erzeugt bei warmer, wenig bewegter und feuchter Luft üble Gerüche von solcher Stärke, daß die Bewohner der an den angrenzenden Straßen gelegenen Häuser gezwungen sind, sich dagegen abzuschließen und den Luftzutritt in ihre Wohnungen zu verhindern. Mit diesen Bekundungen des Sachverständigen stimmt das Ergebnis der Zeugenvernehmung im wesentlichen überein. Am meisten ins Gewicht fallen die Aussagen der Zeugen von J., Frau von B., L. und von Sch., da diese dem Tonnenlager des Klägers am nächsten — in der W.straße zirka 15 m vom Lager entfernt — wohnen und daher am ehesten in der Lage sind, die hier in Betracht kommenden Wahrnehmungen zu machen. Nach ihren übereinstimmenden Aussagen tritt der üble Geruch des Tonnenlagers recht häufig und in großer Stärke besonders an schwülen Tagen und nach Regenfall auf und wird von ihnen als durchdringender Gestank, als fürchterlich, unhaltbar und unerträglich bezeichnet. Die Zeugen sind an den Geruchstagen völlig an dem Genuß frischer Luft verhindert und genötigt, die Fenster zu schließen; sie können infolgedessen auch nur selten im Sommer den Garten am Hause benutzen. Zwei der Zeugen (v. J. und von Sch.) haben die Wohnung nur auf die Versicherung der Vermieters hin gemietet, daß die Entfernung des Tonnenlagers mit größter Wahrscheinlichkeit in Aussicht stehe. Uebereinstimmend haben diese 4 Zeugen keinen Zweifel darüber gelassen, daß dieser überaus starke, häufig auftretende Gestank dem Tonnenlager des Klägers entstamme, und daß

eine Verwechselung mit anderen üblen Gerüchen, etwa aus der nahegelegenen Tongrube oder aus landwirtschaftlichen Betrieben, ausgeschlossen sei. Aus diesen Zeugenaussagen geht ferner hervor, daß es keinen Unterschied dabei gemacht habe, ob die Tonnen im Schuppen des Klägers oder außerhalb desselben lagen. Das letztere hat auch der Zeuge St. mit der Begründung bekundet, daß der Schuppen nicht dicht und nach einer Seite offen sei und die Tonnen zu- und abgefahren würden. Dieser Zeuge hat ebenfalls stets an schwülen und heißen Tagen den üblen Geruch des Tonnenlagers wahrgenommen; wenn er dadurch nicht in demselben Maße wie die vorgenannten 4 Zeugen an dem Genuß frischer Luft behindert worden ist, so ist der Grund hierfür in der größeren Entfernung seiner Wohnung, die einige hundert Meter vom Tonnenlager entfernt liegt, zu finden. Die Zeugenaussagen bestätigen durchweg die Ergebnisse, zu denen das Gutachten des Sachverständigen vom 11. August 1909 gelangt. . . . .

Demgegenüber erscheinen die weiteren Ausführungen des Klägers belanglos. Daß auch aus anderen Quellen üble Gerüche kommen, wie die Zeugen G., H. und S. bekundet haben, vermag das Endergebnis der Beweisaufnahme nicht zu entkräften. Denn durch die Zeugenaussagen ist in Verbindung mit dem Gutachten der Sachverständigen überzeugend dargetan, daß dem Tonnenlager des Klägers an der S.straße üble Gerüche von zeitweise gesundheitsgefährdender Stärke entströmen und daß hier eine Verwechselung mit üblen Gerüchen aus anderen Quellen nicht vorliegt. Damit sind die tatsächlichen Voraussetzungen für den Erlaß der polizeilichen Verfügung gegeben; das Vorhandensein noch weiterer Erzeugungsstätten übler Gerüche ändert an der gesundheitsgefährdenden Beschaffenheit des klägerischen Tonnenlagers nichts und kommt nur für polizeiliche Erwägungen in Betracht, ob gegen diese ein Einschreiten geboten erscheint. Wenn der Kläger weiter geltend macht, es fehle der Beweis, daß die üblen Gerüche zur Zeit der polizeilichen Verfügung vorhanden gewesen seien, so ist es zwar richtig, daß die Aussagen der Zeugen von J., Frau von B., L. und von Sch. sich nur auf ihre Wahrnehmungen nach Erlaß der polizeilichen Verfügung beziehen. Vom Kläger ist jedoch nichts davon vorgebracht, daß das Tonnenlager zu der Zeit, welche die Zeugen und der Sachverständige im Auge haben, von anderer Beschaffenheit als vor Erlaß der angefochtenen Verfügung gewesen sei. Es kann daher nicht zweifelhaft sein, daß die üblen Gerüche schon damals in derselben Weise geherrscht haben, wie es von den Zeugen bekundet worden ist.

Gegenüber dem Einwand des Klägers, daß eventuell nur die Reinigung der Tonnen verlangt werden könne, ist darauf hinzuweisen, daß sich die Verfügung nur auf die Tonnen, wie sie auf dem Grundstück bisher gelagert haben, d. h. auf ungereinigte übelriechende Tonnen bezieht. Ob es überhaupt ausführbar ist, die in Frage kommenden Tonnen derart zu reinigen, daß ihnen üble Gerüche nicht entströmen, kann dahingestellt bleiben, weil gereinigte Tonnen, die nicht mehr übel riechen, von der Verfügung ebensowenig getroffen werden, wie solche, deren früherer Inhalt nicht aus den in dem Gutachten des Sachverständigen vom 11. August 1909 aufgeführten, der Zersetzung unterliegenden Stoffen besteht.

Unerheblich ist endlich noch der Einwand des Klägers, daß das Tonnenlager schon eher auf seinem Grundstücke vorhanden gewesen sei, als die Bauten an der W.straße, deren Bewohner sich durch die üblen Gerüche beschwert fühlten, errichtet worden seien. Wenn früher infolge der entfernten Lage des Tonnenlagers von bewohnten Gebäuden ein gesundheitsgefährdender Zustand auf dem Grundstück des Klägers nicht vorhanden war, so wird dadurch seiner ihm als Eigentümer obliegenden Pflicht, das Nötige vorzukehren, sobald Schaden durch die polizeiwidrige Beschaffenheit seines Grundstücks entsteht, nichts geändert. Für die Grundstücksbesitzer an den benachbarten Straßen bestand keine Verpflichtung, mit Rücksicht auf die Benutzung des klägerischen Grundstücks ihre Grundstücke unbebaut oder unbewohnt zu lassen, wohl aber ist der Kläger verpflichtet, sein Grundstück jederzeit in einem Zustande — auch hinsichtlich seiner Benutzung — zu halten, daß daraus Gefahren für die Nachbarschaft nicht entstehen. Tut er dies nicht, so kann er dazu im Polizeiwege angehalten werden.

Hiernach konnte das Vorbringen des Klägers nicht für stichhaltig er-

achtet werden und war der Berufung der Erfolg zu versagen. Die Entscheidung hinsichtlich der Kosten rechtfertigt sich nach § 103 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883.

Feilhalten und Verkauf von Kunsthonig, hergestellt aus amerikanischem Bienenhonig, der gleichen Menge Stärkesyrup und einem Zusatz von Glykose, unter der Bezeichnung „Frühstück-Verschnitt-Hotelhonig", „Verschnitthonig", „Melitase", „Honig von feinstem Aroma" ist als eine auf Täuschung des Publikums beruhende Nahrungsmittelverfälschung anzusehen. Urteil des Obersten Landesgerichts (Str.-S.) in München vom 29. Dezember 1910.

Die Bezeichnung als Arzt oder Zahnarzt ohne eine im Inlande erworbene Approbation (mit dem Zusatz in . . . . approbiert) ist nur dann strafbar, wenn sich der Täter der Unzulässigkeit dieser Bezeichnung bewusst gewesen bezw. sie trotz darüber ihm von der zuständigen Ortspolizeibehörde gewordenen Belehrung auch weiterhin gebraucht hat. Urteil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 20. Dezember 1910.

Reklame von Heilanstalten. Beschluß des preuß. ärztlichen Ehrengerichtshofs vom 5. April 1910.

Das Ehrengericht hat den Umstand, daß die Anzeigen, soweit auf Grund des vorliegenden Materials festgestellt werden kann, nur innerhalb knapp 1½ Monaten (vom 30. Dezbr. 1908 bis 10. Febr. 1909) wöchentlich, insgesamt sechsmal, erschienen sind, nicht hinreichend gewürdigt. Ueber diesen Zeitraum hinaus sind die Anzeigen nicht mehr erschienen und zwar unabhängig vom Eingreifen des Ehrengerichts, das erst Ende März 1909 erfolgt ist. Bei diesem Umfang der Reklame kann, zugleich mit Rücksicht darauf, daß der Inhalt der Anzeige an sich nicht beanstandet ist und daß es sich um eine Heilanstalt in einer Großstadt handelt, welche nicht ganz ohne gelegentliche Anzeigen wird bestehen können, von einem standesunwürdigen und ehrengerichtlich strafbaren Verhalten des Angeschuldigten noch nicht gesprochen werden. Die Voraussetzungen des § 3 des Ehrengerichtsgesetzes sind hiernach nicht erfüllt. Der Angeschuldigte war daher kostenlos (§ 46) freizusprechen.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Anwendung physischen Zwanges bei der Impfung. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 23. Januar 1911 — M. d. g. A. M. Nr. 10102 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In der Tagespresse sind mehrfach Fälle, in denen Impfpflichtige durch Polizeiorgane zum Impfarzt geführt und unter Anwendung physischen Zwanges geimpft worden sind, nicht zutreffend wiedergegeben und zu Angriffen gegen das Impfgesetz ausgenützt worden. Um von allen solchen Vorkommnissen Kenntnis zu erhalten, ersuche ich Euere pp. ergebenst, gefälligst in die Begleitberichte zu den Jahresübersichten über die Impfungen und Wiederimpfungen entsprechende Angaben, insbesondere auch über die Umstände aufzunehmen, die im einzelnen Falle die Anwendung physischen Zwanges zur Durchführung der Impfung notwendig erscheinen ließen.

Mitwirkung der Schulärzte bei Bekämpfung des Lupus. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 10. Januar 1911 — M. d. g. A. M. Nr. 13256 U. III. A. — an sämtliche Königliche Regierungen.

Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat mit Rücksicht auf die große Verbreitung des Lupus im Deutschen Reiche und die Schwierigkeit der Behandlung dieser Krankheit in vor-

geschritteneren Fällen es als erwünscht bezeichnet, daß namentlich im jugendlichen Alter auf beginnende Krankheitsfälle geachtet werden möchte. Es hat mir die Bitte vorgetragen, zu veranlassen, daß bei allen Schüleruntersuchungen auf alle verdächtigen Hautausschläge, namentlich aber auf Lupusfälle geachtet werden möchte, und mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Diagnose des Lupus empfohlen, daß in irgend zweifelhaften Fällen die verdächtigen Kinder Hautärzten vorgeführt werden möchten. Die von dem Zentralkomitee eingesetzte Lupuskommission — Vorsitzender Geheimer Obermedizinalrat Prof. Dr. Kirchner, Generalsekretär Oberstabsarzt Prof. Dr. Nietner — welche in allen Teilen des Reiches mit solchen Aerzten in Verbindung steht, ist nach Mitteilung des Zentralkomitees gern bereit hierbei behilflich zu sein.

Die Königliche Regierung benachrichtige ich hiervon mit dem Ersuchen, die Leiter sämtlicher in ihrem Amtsbereich befindlichen Schulen auf die Gefahren des Lupus und die Notwendigkeit seiner frühzeitigen Erkennung und sachgemäßen Behandlung hinzuweiten. Die Schulärzte sind anzuweisen, bei Einstellung der Schulrekruten und bei dem im Verlauf der Schulzeit regelmäßig stattfindenden Schüleruntersuchungen auf den Lupus besonders zu achten und Lupusfälle unverzüglich zur Kenntnis des Schulleiters und der betreffenden Eltern zu bringen, auch ihnen geeigneten Falls die Befragung eines Hausarztes anzuraten.

Jugendpflege. Erlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts und Medizinalangelegenheiten vom 13. Januar 1911 — U. III B. 6088 — an sämtliche Herren Oberpräsidenten, Regierungspräsidenten, Königl. Regierungen und Provinzialschulkollegien.

Die in den letzten Jahrzehnten erfolgte Veränderung der Erwerbsverhältnisse mit ihren nachteiligen Einflüssen auf das Leben in Familie und Gesellschaft hat einen großen Teil unserer heranwachsenden Jugend in eine Lage gebracht, die ihr leibliches und noch mehr ihr sittliches Gedeihen aufs schwerste gefährdet. Immer ernster wird daher die allgemeine Durchführung von Maßnahmen gefordert, welche dem heranwachsenden Geschlecht ein fröhliches Heranreifen zu körperlicher und sittlicher Kraft ermöglichen. Diese Forderung wird besonders dringend gerade auch von solchen erhoben, welche selbst seit geraumer Zeit sich um die Pflege der Jugend verdient gemacht und eigene Erfahrungen auf diesem Gebiete gesammelt haben.

Auch die Königliche Staatsregierung betrachtet die Jugendpflege wegen ihrer hohen Bedeutung für die Zukunft unseres Volkes als eine der wichtigsten Aufgabe der Gegenwart und hat deren Förderung dem mir unterstellten Ministerium übertragen.

Um über den Geist, in dem ich die Sache behandelt zu sehen und ihr zu dienen wünsche, von vornherein keinen Zweifel aufkommen zu lassen, bemerke ich, deß die Jugendpflege die Anwendung irgendeiner bureaukratischen Schablone nicht verträgt. Tunlichst freie Entfaltung aller geeigneten Kräfte innerhalb des durch das Ziel gegebenen Rahmens und unter Fühlungnahme mit den dasselbe Ziel Erstrebenden ist unentbehrlich. Wenn irgendwo, so hängt hier der Erfolg der Arbeit von der selbstlosen Hingebung der Personen ab, die sie treiben, sowohl bei dem unmittelbaren Dienste an der Jugend selbst, wie bei den besonders wichtigen Bemühungen, der Jugendsache Freunde zu werben.

Die Stadtverwaltungen und Schuldeputationen finden hier ein weites Feld aussichtsvoller Tätigkeit, und ich stelle gern fest, daß der Anbau desselben bereits vielerorts — teilweise in mustergültiger Weise — in Angriff genommen worden ist. Auf dem Lande und für kleinere Städte erscheint es als der sicherste Weg zu befriedigenden Ergebnissen, wenn die Kreisverwaltungen die Sache zum Gegenstande ihrer besonderen Fürsorge machen, wie es bereits mehrfach in vorbildlicher Weise erfolgt ist.

Das Werk der Jugendpflege bedarf aber vor andern des Wohlwollens und der opferwilligen Mithilfe aller Vaterlandsfreunde in allen Ständen und Berufsklassen. Es ist daher dringend erwünscht, daß die warmherzige Liebe und opferwillige Begeisterung, die ihr von Einzelpersonen und freien Vereinigungen, wie den zahlreichen kirchlichen Vereinen, den großen Turn-, Spiel- und Sportvereinigungen, Vereinen für Volks-

wohlfahrt u. a., bisher schon zugewandt worden ist, ihr nicht bloß erhalten bleibe, sondern an Umfang und Stärke zunehme.

Das Königliche Staatsministerium legt Wert darauf, daß alle staatlichen Behörden, soweit sie dazu geeignete Räumlichkeiten, Mittel und Kräfte besitzen, diese nach aller Möglichkeit für die Förderung der Sache dienstbar machen. Nicht minder rechne ich auf die wertvolle Hilfe der Geistlichen aller Bekenntnisse.

Schließlich darf ich mich der Mitwirkung der mir nachgeordneten Behörden, Beamten und Lehrer bei der erzieherischen Jugendpflege auch außerhalb der Schulzeit versichert halten. Ich weiß, daß ich die Beteiligten damit vor eine Aufgabe stelle, deren Schwierigkeit schon deshalb nicht gering ist, weil ihre Lösung nicht schulmäßig erfolgen darf und die Möglichkeit eines Zwanges fehlt. Ich weiß aber auch, wie bisher schon sehr viele Lehrer und Lehrerinnen bei den Bestrebungen für allgemeine Jugendwohlfahrt in vorderster Reihe gestanden haben, wie ferner die Königlichen Regierungen bereits mit Erfolg auf diesem Gebiete tätig sind und besonders in den letzten Jahren teilweise umfassendere Vorbereitungen für eine Ausdehnung ihrer Fürsorge getroffen haben. Ich vertraue daher, daß die Schulverwaltung mit allen ihren Organen, sowie die Lehrerschaft an Volks-, Mittel- und höheren Schulen diesem Werke ihre Mitarbeit mit derjenigen Hingebung und Einmütigkeit zuwenden werden, ohne welche gerade hier ein dauernder Erfolg nicht zu erreichen ist.

Damit diese mannigfaltigen Kräfte sich nicht gegenseitig hemmen, sondern planmäßig auf das gemeinsame Ziel hinarbeiten, ist, wo es nicht bereits geschehen ist, tunlichst bald innerhalb jedes Regierungsbezirks auf die Bildung geeigneter Organisationen hinzuwirken. Diese werden sich bei der Verschiedenheit der Verhältnisse in den einzelnen Bezirken nicht übereinstimmend gestalten lassen. Was z. B. für Oppeln mit seiner dichtgedrängten, vorwiegend in der Industrie beschäftigten und mit fremdsprachigen Bestandteilen durchsetzten Bevölkerung geeignet ist, kann nicht ohne weiteres auf jeden anderen Bezirk übertragen werden, zumal da es von besonderer Wichtigkeit ist, auch die bereits vorhandenen organisatorischen Anätze zu berücksichtigen und zu pflegen.

Die Grundlage und die erste Vorbedingung für den gedeihlichen Fortgang des Werkes bildet die sorgsame Tätigkeit der örtlichen Organe mit ihrer unmittelbaren Arbeit von Person zu Person. Es empfiehlt sich, sie in „Stadt- bezw. Ortsausschüssen für Jugendpflege“ zusammenzufassen. Ich bemerke dabei, daß der Ausdruck Jugendfürsorge besser zu vermeiden ist da unter dieser im Volke vielfach irrtümlich nur Zwangserziehung verstanden wird. Den örtlichen Organisationen und — insoweit es angezeigt erscheint — auch den Schulvorständen und Schuldeputationen liegt die erste Sorge für die erforderlichen Mittel, Fiätze und Räumlichkeiten sowie deren Ausstattung ob. Vor allem haben sie die Männer und Frauen ausfindig zu machen und zu gewinnen, welche fähig und bereit sind, der eigentlichen Hauptarbeit, dem persönlichen Dienst an der Jugend, sich zu widmen. Die richtige Wahl ist hier für den Erfolg entscheidend. Bei dem Vorhandensein von mehreren der Jugendpflege dienenden Vereinigungen an einem Orte haben sie diese tunlichst zusammenzufassen, Reibungen vorzubeugen, ihr Zusammenwirken bei Vorträgen, festlichen Veranstaltungen und dergl. zu erstreben.

Um die Leistungsfähigkeit der in ländlichen Orten und nicht kreisfreien Städten einzurichtenden Organisationen zu erhöhen, können „Kreisausschüsse für Jugendpflege“ geschaffen werden, welchen einflußreiche oder besonders erfahrene und tatkräftige Privatleute, Gewerbetreibende, Landwirte, Geistliche, Lehrer, Turnlehrer, Kreisärzte, Richter, Offiziere usw. als Mitglieder angehören, und in denen es besonders Sache der Landräte und Kreisschulinspektoren sein wird, die Sammlung der geeigneten Kräfte, die Aufbringung der erforderlichen Mittel und die Bereitstellung der nötigen Einrichtungen zu fördern.

Wenn auf diese Weise in Kleinarbeit der örtlichen Instanzen in Anknüpfung an vorhandenen Organisationen das Interesse weiterer Kreise wachgerufen ist, wie dies schon vielfach geschehen ist, so empfiehlt es sich, für den Bezirk eine einheitliche Stelle zu schaffen, welche als „Bezirksaus-

schuß für Jugendpflege" unter Vermeidung jedes Anscheins bureaukratischer Regelung die gesamten Bestrebungen für Jugendpflege innerhalb eines Bezirks zusammenfaßt. Sie vereinigt in sich unter der Leitung des Regierungspräsidenten die in den einzelnen Zweigen der Jugendpflege hervorragend erfahrenen oder für ihre Verbreitung besonders einflußreichen Persönichkeiten. Außer den Gewerbe-, Medizinal-, Schul- und Gewerbeschulräten, sowie anderen geeigneten Beamten wird es sich empfehlen, nach Möglichkeit Vertreter aller Berufsklassen und Stände, insonderheit auch der ausschließlich oder teilweise der Jugendpflege dienenden Vereine heranzuziehen. Es wird ohne Bedenken bis zu einer Zahl von etwa 20 Mitgliedern gegangen werden können.

Zu den wichtigsten Aufgaben des Bezirksausschusses wird es gehören, die erforderlichen Mittel beschaffen zu helfen, in allen Kreisen und Ständen der Bevölkerung Verständnis und werktätige Teilnahme zu wecken für die Jugendpflege als eine nationale Aufgabe ersten Ranges und als unabweisbare Pflicht vornehmlich auch der oberen Schichten der Gesellschaft, die örtlichen Organisationen durch besonders erfahrene Personen, Turn- und Spielpfleger (nicht Inspektoren!), Büchereikundige u. a., mit Rat und Tat zu unterstützen, die hier und da bei der Einzelarbeit gewonnenen Erfahrungen auch für andere Stellen nutzbar zu machen, zur persönlichen Arbeit an der Jugend geeignete und bereite Männer und Frauen nötigenfalls durch Kurse usw. für ihre Aufgabe noch besonders auszubilden.

Innerhalb der Stadt- (Orts-), Kreis- und Bezirksausschüsse können besondere Arbeitsausschüsse für bestimmte Aufgaben gebildet werden.

Es besteht, wie ich zusammenfassend bemerke, nicht die Absicht, staatliche Einrichtungen mit Besuchszwang für die schulentlassene Jugend zu schaffen. Es handelt sich vielmehr darum, die bestehenden Veranstaltungen Dritter und Vereinigungen aller Art, welche sich bisher schon mit Erfolg der Pflege der schulentlassenen Jugend annehmen, tunlichst zu fördern, nach Bedarf die Bildung neuer Einrichtungen anzuregen, alle an der Jugendpflege Beteiligten, namentlich auch die auf diesem Gebiete tätigen Vereinigungen — bei voller Wahrung ihrer Selbständigkeit — unter sich mit den staatlichen, den Kreis- und Gemeindeorganen zu einheitlichem, planvollem Wirken zusammenzuschließen und ihnen innerhalb der sich daraus ergebenden größeren örtlichen, Kreis- und Bezirksorganisationen durch Rat und Tat, auch durch Zuwendung staatlicher Mittel als Beihilfen eine an Umfang und Kraft gesteigerte Wirksamkeit zu ermöglichen.

Ueber Ziel, Umfang und Mittel der Jugendpflege ist das Erforderliche in den anliegenden „Grundzügen und Ratschlägen"[1]) enthalten, welche in einer hier abgehaltenen Zusammenkunft in der Jugendpflege erfahrener Männer beraten worden sind. An dieser Stelle will ich noch wiederholt auf die Notwendigkeit hinweisen, daß die bereits vorhandenen gesunden Ansätze der Jugendpflege erhalten und sorgsam weiter entwickelt werden. Als Neuschöpfungen, wo solche nötig werden, sind neben anderen bewährten Formen auch Jugendvereine in Anlehnung an Schulen ins Auge zu fassen, wie sie an verschiedenen Orten bereits mit gutem Erfolge erprobt sind.

Da es darauf ankommt, eine Zersplitterung der Staatsmittel zu vermeiden, ist das Nebeneinanderbestehen mehrerer, gleichen Zwecken dienenden Einrichtungen für einen und denselben örtlichen Bezirk, soweit sie nicht nach den Verhältnissen des Ortes notwendig sind, nicht zu fördern; jedenfalls ist die Gewährung staatlicher Beihilfen auf die unbedingt notwendigen Fälle zu beschränken. Ueberall ist darauf Bedacht zu nehmen, auch die von anderen Verwaltungen geschaffenen Einrichtungen für die allgemeine Jugendpflege nach Möglichkeit nutzbar zu machen. In Betracht kommen dabei namentlich die staatlichen Betriebs- (Berg-, Eisenbahn-)Verwaltungen sowie Einrichtungen, welche in Verbindungsschulen bereits vorhanden sind. Anderseits haben die für die allgemeine Jugendpflege getroffenen Veranstaltungen auch den Zwecken der anderen Verwaltungen zu dienen.

[1]) Von einem Abdruck der Grundsätze ist abgesehen.

Um hier überall den wünschenswerten Zusammenhang herzustellen, werden die Herren Regierungspräsidenten nicht nur mit den bezeichneten Verwaltungen Fühlung zu nehmen und dauernd zu halten, sondern neben der Abteilung für Kirchen- und Schulwesen, welche Abschrift dieses Erlasses erhalten hat, namentlich auch die Gewerbeschul- und Gewerbeaufsichtsbeamten an den zu treffenden Maßnahmen zu beteiligen haben.

Die Königliche Staatsregierung hat für den vorliegenden Zweck einen besonderen Fonds zu Beihilfen für Veranstaltungen Dritter zwecks Förderung der Pflege der schulentlassenen männlichen Jugendpflege geeigneten Personen bei Kap. 121 Tit. 49 in den Etat meines Ministeriums eingestellt. Vorbehaltlich seiner Bewilligung durch den Landtag wird daraus ein Betrag für den dortigen Bezirk überwiesen werden.

Bezüglich der Verwendung ist zu beabachten, daß der erwähnte Betrag nur für die Förderung der Pflege der schulentlassenen männlichen Jugend bestimmt ist. Für die schulentlassene weibliche Jugend dürfen Mittel daraus nicht verwendet werden, es können aber die für die männliche Jugend aus diesem Fonds unterstützten Einrichtungen auch für die weibliche mitbenutzt werden, soweit dies ohne staatliche Beihilfen möglich ist.

Soweit ausnahmsweise besondere für die weibliche Jugend bestimmte Einrichtungen unterstützt werden sollen, sind die im Einzelfalle unvermeidlichen staatlichen Beihilfen bei mir zu beantragen. Handelt es sich um die Gewährung staatlicher Mittel für die Einrichtung besonderer Näh- oder Haushaltungskurse, so sind die Anträge an die Herren Minister für Handel und Gewerbe oder für Landwirtschaft, Domänen oder Forsten zu richten.

Der Schwerpunkt aller Maßnahmen ist nach der Absicht des Staatsministeriums auf die Heranziehung der männlichen Jugend zu legen.

Euer Durchlaucht, Hochgeboren, Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, hiernach das Erforderliche gefälligst bald in die Wege zu leiten und mir über das Geschehene demnächst zu berichten.

Verkehr mit Ferrosilizium. Erlaß des Ministers für Handel und Gewerbe vom 9. Dezember 1910 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Beim Verkehr mit Ferrosilizium, namentlich dem auf elektrischem Wege hergestellten, haben sich besonders auf Schiffen schwere Unfälle ereignet. Hierbei handelt es sich in erster Linie um Vergiftungen, in einigen Fallen auch um Explosionen. Dies hat Veranlassung gegeben, über die Beförderung von Ferrosilizium auf der Eisenbahn (vergl. Abschn. IV der Anlage C zur Eisenbahnverkehrsordnung vom 23. Dezember 1908, RGBl. 1909, Nr. 3) und auf Rheinschiffen (vergl. Polizeiverordnung, betreffend die Beförderung ätzender und giftiger Stoffe auf dem Rheine, vom 29. September d. J.) besondere Vorschriften zu erlassen.

Die Beförderung der Ferrosiliziums auf Seeschiffen wird demnächst besonders geregelt werden.

Da jene Gefahren überall da bestehen, wo in engen oder schlecht gelüfteten Räumen Ferrosilizium gelagert oder damit hantiert wird, so erscheint es zur Vermeidung von Unfällen geboten, die beteiligten Gewerbekreise auf die Gefahren und die zu ihrer Abwendung geeigneten Vorsichtsmaßregeln hinzuweisen. Das Nähere hierüber enthält das anliegende Merkblatt.

Ich ersuche Sie, den an der Herstellung, Verwendung oder Beförderung von Ferrosilizium beteiligten Gewerbetreibenden Ihres Bezirkes von diesem Merkblatt Kenntnis zu geben. Die erforderlichen Abdrucke des Merkblatts sind von Carl Heymanns Verlag hier W 8 anzufordern.

Anlage.

Merkblatt,

betreffend die beim Verkehr mit Ferrosilizium möglichen Gefahren und die zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln.

Ferrosilizium, namentlich das auf elektrischem Wege hergestellte, pflegt Verunreinigungen zu enthalten, die bei Zutritt von Feuchtigkeit gefährliche Gase entwickeln. Diese Gase, besonders Phosphorwasserstoff und Arsenwasserstoff, sind brennbar und können daher Explosionen verursachen. Viel größer

ist aber die Gefahr der Vergiftung, denn diese Gase, besonders der Arsenwasserstoff, gehören zu den heftigsten Giften.

Es ist daher notwendig, das Ferrosilizium vor Nässe zu bewahren, sowohl bei der Lagerung, wie bei der Beförderung. Bei der Verpackung ist darauf zu achten, daß sowohl das Ferrosilizium, wie die Packgefäße und Verpackungsstoffe völlig trocken, d. h. frei von Wasser (Eis) sind. Dies ist besonders dann von Bedeutung, wenn die Verpackungsbehälter aus Metall hergestellt und luftdicht sind, so daß die etwa durch Feuchtigkeit entwickelten Gase in den Behältern sich verdichten und dadurch zur Explosion führen können. Die Packgefäße müssen wasserdicht und so haltbar sein, daß ihre Beschädigung bei der Beförderung nicht zu befürchten ist. Unverpacktes Ferrosilizium ist trocken aufzubewahren.

Da indessen die Entwickelung der giftigen Gase schon durch den Wassergehalt feuchter Luft hervorgerufen wird, so ist weiter darauf zu achten, daß die trotz aller angewandten Vorsicht etwa entwickelten Gase in unschädlicher Weise beseitigt werden. Die Räume, in denen Ferrosilizium gelagert oder befördert wird, müssen deshalb ausgiebig gelüftet werden, und zwar so, daß die abgeführten Gase nicht in bewohnte oder sonst zum dauernden Aufenthalte von Menschen bestimmte Räume gelangen können; derartige Räume dürfen nicht in der Nähe von Räumen liegen, in denen sich Ferrosilizium, verpackt oder unverpackt, befindet, es sei denn, daß diese und die vorher bezeichneten Räume durch dichte Wände ohne irgend welche Oeffnungen von einander getrennt sind und auch keine mittelbare Verbindung durch Türöffnungen haben, die auf einen gemeinsam überbauten Verbindungsgang oder Verbindungsraum führen.

Anwendung der Kresolseifenlösung des Deutschen Arzneibuchs seitens der Hebammen. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 19. Januar 1911 — M. d. g. A. M. Nr. 8485 UI — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nachdem mit dem Inkrafttreten des neuen Deutschen Arzneibuchs, 5. Ausgabe 1910 (zu vgl. den Erlaß vom 15. Dezember 1910 — M. 8372 —) — Minist. Bl. für 1911 S. 2 — ein neues Kresolseifenpräparat allgemein eingeführt worden ist, bestimme ich unter Aufhebung des Runderlasses vom 19. Oktober 1907[1]) — M. 7698 — (Min. Bl. für Med. Ang. S. 375), daß an Stelle der „Kresolseife" künftig die „Kresolseifenlösung" des Deutschen Arzneibuchs (Seite 309/10) seitens der Hebammen zur Anwendung zu gelangen hat.

Ich ersuche ergebenst, die Kreisärzte und Hebammen des dortigen Bezirks mit entsprechender Anweisung zu versehen, ferner auch den Aerzten und Apothekern des Bezirks in geeigneter Weise Kenntnis zu geben.

Eine Aenderung des Hebammenlehrbuchs bleibt der nächsten Neuausgabe vorbehalten.

B. Herzogtum Anhalt.

Verkehr mit Arzneimitteln ausserhalb der Apotheken. Polizei-Verordnung der Herzogl. Regierung, Abteilung des Innern vom 26. Januar 1911.

Die Bestimmungen der Polizeiverordnung stimmen genau mit den für Preußen durch den Minist.-Erlaß vom 13. Januar 1910 (s. Beilage „Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung" zu Nr. 3 dieser Zeitschrift, 1910, S. 24) eingeführten überein.

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 22, Jahrg. 1907, S. 179.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns. Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 5. 5. März. 1911.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Erhöhung der Dienstaufwandsentschädigung für die Kreisärzte. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 20. Februar 1911 — M. Nr. 298 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Durch den Staatshaushaltsetat für das Etatsjahr 1910 sind die Amtsunkostenentschädigungen für die vollbesoldeten Kreisärte auf durchschnittlich 900 Mark und für die nicht vollbesoldeten Kreisärzte einschließlich der Gerichtsärzte auf durchschnittlich 400 Mark jährlich erhöht worden. Demgemäß habe ich mit Wirkung vom 1. April 1910 ab die gedachten Entschädigungen für den dortigen Bezirk anderweit auf die in der beifolgenden Nachweisung verzeichneten Jahresbeiträge festgesetzt.

Hierbei sind die infolge des Erlasses vom 20. Mai 1908 — M. Nr. 1429 — eingereichten Vorschläge tunlichst berücksichtigt. Ueber die obige Gesamtsumme hinaus können Mittel für den dortigen Bezirk nicht überwiesen werden. Für den Fall, daß Ew. pp. ausnahmsweise in dem einen oder anderen Falle aus besonderen Gründen eine anderweite Bemessung der Entschädigung für angezeigt erachten sollten, ermächtige ich Sie, innerhalb des Rahmens des für den dortigen Bezirk überwiesenen Anteils kleinere Verschiebungen vorzunehmen. Die für vollbesoldete Kreisärzte bewilligten Mittel dürfen indessen nicht für nicht vollbesoldete Kreisärzte und Gerichtsärzte und ebenso dürfen die für nicht vollbesoldete Kreisärzte einschließlich der Gerichtsärzte bereitgestellten Beträge nicht für vollbesoldete Kreisärzte verwendet werden. Von den etwa vorgenommenen Aenderungen ersuche ich mir bis zum 1. April dieses Jahres Mitteilung zu machen.

Die neuen Amtsunkostenentschädigungen sind an Stelle der bisherigen Beträge vom 1. April 1910 ab monatlich im voraus, für die Vergangenheit alsbald zu zahlen und in der Rechnung von der Medizinal-Verwaltung des dortigen Bezirkes für 1910 bei Kapitel 125 Titel 5, soweit erforderlich als Mehrausgabe, vom Etatsjahre 1911 ab bei Kapitel 97a Titel 6 nachzuweisen. Für die vollbesoldeten Kreisärzte sind in den laufenden Etats durchweg die Durchschnittsbeträge von 900 Mark ausgebracht. Soweit einzelne vollbesoldete Kreisärzte eine geringere, als die durchschnittliche Entschädigung erhalten, sind die überschießenden Beträge bis auf weiteres dort als erspart in Abgang zu stellen.

Bei der Benachrichtigung der Kreismedizinalbeamten von der Neubewilligung der Amtsunkostenentschädigungen sind die Beamten darauf aufmerksam zu machen, daß eine anderweitige Festsetzung je nach den Umständen jederzeit vorbehalten bleibt.

Merkblatt über Rachitis. Erlaß der Minister der usw. Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 8. Februar 1911 — M. d. g. pp. A. Nr. M. 144, M. d. I. IId Nr. 128 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Auf die Vorstellung des Vereins „Jugendfürsorge“ in Plauen i. V. ersuchen wir Ew. Hochwohlgeboren unter Bezugnahme auf den Erlaß vom 13. Januar 1909 — M. d. I. IId 114, M. d. g. A. M. 22236 — ergebenst, die Landräte, Bürgermeister der kreisfreien Städte und Medizinalbeamten des dortigen Regierungs-(Landespolizei-)Bezirks gefälligst zu veranlassen, die Bevölkerung von Zeit zu Zeit in geeigneter Weise auf das Merkblatt über

die englische Krankheit (Rachitis) erneut aufmerksam zu machen, auch die unentgeltliche Abgabe und die sonstige Verbreitung des Merkblattes durch die Kommunalbehörden und Wohlfahrtsorganisationen nach Möglichkeit zu fördern. Das Merkblatt ist wie bisher von Otto Reis in Plauen, Lützowstraße 54 zu beziehen. Der Preis beträgt für 10 Stück 40 Pfg., für 100 Stück 2,50 Mark und für 1000 Stück 22,50 Mark.

Arbeiterwohnungen bei industriellen Anlagen auf dem platten Lande. Verhinderung des Baues von Mietskasernen. Erlaß des Ministers der öffentlichen Arbeiten vom 6. Februar 1911 — III B 8. 749 D I D 21709 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die immer mehr zunehmende Ausbreitung der Industrie auf dem platten Lande und die damit in Verbindung stehende Ansiedlung gewerblicher Arbeiter in ländlichen Ortschaften und in solchen Teilen ländlicher Gemarkungen, in denen bisher eine Bebauung überhaupt nicht stattgefunden hatte, macht es notwendig, die Aufmerksamkeit der nachgeordneten Behörden auf die Verhütung der sich hierbei leicht ergebenden Mißstände zu richten. Regelmäßig werden in den hier in Betracht kommenden Gebieten keine Vorkehrungen für eine ordnungsmäßige Beseitigung der Abfallstoffe und Abführung der Abwässer getroffen sein. Wo dies aber nicht der Fall ist, muß das Entstehen vielgeschossiger Mietskasernen, welche einer großen Anzahl von Familien Unterkunft bieten, aus gesundheitlichen Rücksichten verhindert werden. Hierzu liegt zumeist da ein Bedürfnis nicht vor, wo die Arbeitgeber für die wohnliche Unterbringung der Arbeiterfamilien selbst sorgen, weil erstere in ihrem eigenen Interesse auf eine angemessene Gestaltung der Wohngebäude Bedacht nehmen müssen und — wenigstens neuerdings — dabei die Errichtung von Ein- und Zweifamilienhäuser bevorzugen. Dagegen tritt das Bestreben, für die Arbeiterfamilien größere Mietskasernen zu erbauen, regelmäßig da hervor, wo das spekulative Unternehmertum aus der Errichtung von Fabriken und anderen gewerblichen Anlagen in noch unbebauten Gebieten Vorteile zu ziehen sucht. Selbst die Bauvereine sind nicht selten dem Bau von Einzelhäusern abgeneigt und suchen eine Erhöhung der Dividenden durch die Errichtung von größeren Mietshäusern herbeizuführen. Auch wo für die Herstellung von Mietskasernen eine wirtschaftliche Notwendigkeit vorzuliegen scheint, muß bedacht werden, daß ihr gleichwertig die Rücksicht auf die öffentliche Gesundheit gegenübersteht. Zudem kann dem Grund und Boden in der Umgebung industrieller Anlagen, der bis vor kurzem noch landwirtschaftlich genutzt worden ist, billigerweise noch nicht ein derartiger Wert zugesprochen werden, daß hieraus ein Grund zu einer intensiveren baulichen Ausnutzung herzuleiten wäre. Es kann daher von Baupolizeiwegen ohne Schädigung berechtigter Interessen mit Fug und Recht eine möglichst geringe Bebauung der einzelnen Bauparzellen in Ansehung der Höhe, der Geschoßzahl und der Flächenausdehnung der Baulichkeiten vorgeschrieben werden. Da in solchen Gebieten rein ländliche Verhältnisse nicht mehr als vorhanden anzuerkennen sind, steht dem der Runderlaß vom 11. Oktober 1909 Ziff. 4 nicht entgegen. Wie weit in dieser Beziehung gegangen werden muß, ferner, ob die offene Bauweise zu fordern oder der Reihenhausbau zuzulassen ist, hängt von den besonderen örtlichen Verhältnissen ab. Gegebenenfalls wird auch zu erwägen sein, ob, wo die Gestaltung des Grundbesitzes dies gestattet, nicht eine Mindestgröße der Bauparzellen zu normieren ist, um für jedes einzelne Wohngebäude die Gewähr zu schaffen, daß ein hinreichendes Areal zur Aufnahme der Abwässer vorhanden ist.

Für die von der Baupolizei zu stellenden Forderungen ist die Grundlage durch den Erlaß von Sonderbauordnungen für einzelne Ortschaften, Orts- oder Kreisteile zu schaffen. Nach einer Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 8. Januar d. Js. ist in der Verschärfung einer von der höheren Instanz erlassenen polizeilichen Vorschrift durch eine ortspolizeiliche ein nach dem Gesetz unzulässiger Widerspruch nicht zu erblicken, wenn die höhere Instanz in ihrer Verordnung die Verschärfung selbst für zulässig erklärt. Hiernach bedarf es, um den Sonderbauordnungen, welche gegenüber Bezirks- oder Provinzial-Bauordnungen die bauliche Ausnutzung der Grundstücke in höherem Maße beschränken, nur einer Ergänzung der Bauordnung der höheren Instanz,

durch welche dies ausdrücklich gestattet wird, sofern eine solche Vorschrift noch nicht besteht. Unter Umständen wird es, wenn es gilt, den ländlichen Charakter eines Gemarkungsteiles zu wahren, oder wenn sonstige auf dem Gebiete des sogenannten Verunstaltungsgesetzes vom 15. Juli 1907 liegende Gesichtspunkte mit in Betracht kommen, angängig sein, den erstrebten Zweck durch den Erlaß von Ortstatuten im Sinne des § 4 a. a. o. zu erreichen. Ferner kann in den allerdings wohl ziemlich seltenen Fällen, in denen für Landgemeinden Ortsstatute im Sinne des § 12 des Straßen- und Baufluchtengesetzes vom 2. Juli 1871 erlassen sind, die entsprechende Handhabung des ortsstatutarischen Bauverbotes ein geeignetes Mittel zur Herbeiführung einer einwandfreien Bebauung des den industriellen Anlagen benachbarten Gebäudes bieten.

Hinsichtlich der Festsetzung von Fluchtlinien und der Zulassung von konstruktiven Erleichterungen für Kleinbauten verweise ich auf meinen Runderlaß vom 24. April 1906 (M.-Bl. S. 198) und vom 20. Dezember 1906 (M.-Bl. 1907, S. 65) Insoweit die Errichtung von Wohnhäusern nicht außerhalb einer im Zusammenhange gebauten Ortschaft oder in den Grenzen eines ordnungsmäßig festgestellten Bebauungsplanes erfolgt, finden im übrigen die Bestimmungen der Ansiedlungsgesetze Anwendung.

Ew. Hochwohlgeboren usw. ersuche ich, gefl. zu prüfen, in welchen Teilen des dortigen Bezirkes etwa Grund zu einem Eingreifen nach Maßgabe der vorstehenden Hinweise gegeben ist. Je nach dem Ausfalle der Prüfung wollen Sie das Erforderliche veranlassen.

B. Herzogtum Braunschweig.

Feuerbestattung. Gesetz vom 19. Dezember 1910.

§ 1. Die Feuerbestattung darf erfolgen, wenn sie von dem Verstorbenen oder, falls er minderjährig war, von dem Elternteile, dem zur Zeit des Todes des Kindes die Sorge für dessen Person oblag, angeordnet und von der Ortspolizeibehörde des Bestattungsortes genehmigt ist.

§ 2. Das Recht der Anordnung der Feuerbestattung steht nur volljährigen, unbeschränkt geschäftsfähigen Personen zu.

§ 3. Minderjährige, deren Eltern verstorben sind, können mit vollendetem 16. Lebensjahre ihre Feuerbestattung anordnen; erfolgen darf dieselbe erst mit Zustimmung des Vormundes.

§ 4. Der Nachweis, daß der Verstorbene die Feuerbestattung angeordnet hat, muß durch eine der Form der Testamente entsprechende Urkunde oder durch eine öffentlich beglaubigte schriftliche Erklärung oder durch ein gerichtlich oder notariell oder von der Ortspolizeibehörde des Sterbe- oder Wohnortes beurkundetes Zeugnis zweier glaubwürdiger Personen erbracht werden.

§ 5. Die Ortspolizeibehörde des Bestattungsortes darf die Feuerbestattung nur genehmigen, wenn außer der Beibringung des Nachweises der Anordnung folgende Urkunden vorgelegt werden:

1. die standesamtliche Urkunde über die Eintragung des Todesfalles in das Sterberegister oder bei Personen, die außerhalb des Deutschen Reichs gestorben sind, eine amtlich beglaubigte Sterbeurkunde;

2. ein von dem behandelnden Arzte und dem für den Sterbeort zuständigen beamteten Arzte ausgestelltes Zeugnis, in dem die Todesursache angegeben und übereinstimmend erklärt ist, daß der Verdacht der Herbeiführung des Todes durch eine strafbare Handlung nicht vorliegt. Ist der Verstorbene in der letzten Zeit vor seinem Tode nicht ärztlich behandelt oder ist der zuständige beamtete Arzt der behandelnde Arzt gewesen, so muß ein von der Ortspolizeibehörde des Sterbeortes zu bestimmender zweiter Arzt zugezogen werden.

Wenn der Bestattungsort nicht der Sterbeort ist, muß außerdem eine Bescheinigung der Ortspolizeibehörde des Sterbeortes darüber beigebracht werden, daß ihr Umstände, die den Verdacht der Herbeiführung des Todes durch eine strafbare Handlung begründen, nicht bekannt sind.

Die Genehmigung ist schriftlich zu erteilen.

§ 6. Das in § 5 Absatz 1 Ziffer 2 vorgeschriebene ärztliche Zeugnis ist nur nach erfolgter Leichenschau und, falls einer der Aerzte es für notwendig hält, nach vorheriger Leichenöffnung zu erteilen.

§ 7. Liegt der Verdacht vor, daß der Tod des Verstorbenen durch eine strafbare Handlung verursacht oder daß an seinem Körper zu Lebzeiten ein Verbrechen vorgenommen ist, dessen Nachweis ohne Leichenöffnung nicht erbracht werden kann, so darf die Feuerbestattung von der Ortspolizeibehörde des Bestattungsortes nur genehmigt werden, wenn außer der Beibringung des Nachweises über die Anordnung der Feuerbestattung und der Vorlegung der im § 5 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Urkunde die zuständige Staatsanwaltschaft oder das zuständige Amtsgericht nach vorgängiger Leichenöffnung die schriftliche Erlaubnis zur Feuerbestattung erteilt hat.

§ 8. Anlagen zur Leichenverbrennung dürfen nur mit Genehmigung des Staatsministeriums, Abteilung des Innern, errichtet und in Gebrauch genommen werden. Der Betrieb der Anlagen einschließlich der Festsetzung der Gebühren untersteht der Aufsicht dieser Behörde oder der von ihr bestimmten Landespolizeibehörde. In dem Rechte der Aufsicht ist auch die Befugnis enthalten, den Betrieb zu untersagen, wenn es das öffentliche Interesse erfordert. Ein Anspruch auf Entschädigung wird für den Betriebsinhaber durch die Untersagung nicht begründet.

§ 9. Das Grundstück der Verbrennungsanlage muß mit einer angemessenen Leichenhalle versehen und so eingerichtet sein, daß die Aschenreste auf ihm entweder in einer Urnenhalle bezw. in einem Urnenhaine oder in der Erde beigesetzt werden können. Von diesen Erfordernissen kann abgesehen werden, soweit die Benutzung der Einrichtungen eines benachbarten Friedhofes für die Dauer sichergestellt ist.

Die Benutzung des Grundstücks zu einem anderen als dem in diesem Gesetze vorgesehenen Zwecke ist nicht statthaft.

§ 10. Im Falle der Einstellung des Betriebes einer nicht von einer Ortsgemeinde betriebenen Verbrennungsanlage ist das Eigentum an dem Grundstück mit Zubehör, ohne daß ein Anspruch auf Entschädigung besteht, auf die Ortsgemeinde zu übertragen, soweit es zu angemessener Verwahrung der auf dem Grundstücke bereits bestatteten Aschenreste erforderlich ist. Die Ortsgemeinde ist zur Uebernahme und Unterhaltung des übertragenen Grundstücks verpflichtet.

Wenn sich die Beteiligten über den Umfang des abzutretenden Grundstücks nicht einigen, entscheidet das Staatsministerium, Abteilung des Innern, unter Ausschluß des Rechtsweges endgültig.

§ 11. Mit der Genehmigung der Verbrennungsanlage tritt das Grundstück außer Verkehr. Die Inverkehrsetzung des Grundstücks erfolgt durch das Staatsministerium, Abteilung des Innern.

Das Außerverkehrtreten und die Inverkehrsetzung des Grundstücks sind von der Aufsichtsbehörde dem Grundbuchamte zum Zwecke der Eintragung in das Grundbuch mitzuteilen.

§ 12. Wenn eine Ortsgemeinde eine Anlage zur Feuerbestattung errichten und betreiben will, sind die näheren Bestimmungen in einem Statut zu treffen.

§ 13. Wer eine Leiche zum Zwecke der Verbrennung nach einem Orte außerhalb des Herzogtums überführen will, hat hierzu die schriftliche Genehmigung der Ortspolizeibehörde des Sterbeortes einzuholen. Die Erteilung der Genehmigung ist von der Beibringung der in den §§ 5 und 7 bezeichneten Urkunden abhängig.

§ 14. Die Beisetzung der Aschenreste verbrannter Leichen in der Erde ist auf den Friedhöfen aller Religionsgemeinschaften und den sonstigen Friedhöfen zu gestatten, wenn die Beerdigung der Leiche auf ihnen hätte beansprucht werden können.

§ 15. Die zur Ausführung dieses Gesetzes erforderlichen Anordnungen werden von dem Staatsministerium, Abteilung des Innern, getroffen.

§ 16. Zuwiderhandlungen gegen dieses Gesetz und dessen Ausführungsvorschriften werden mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bestraft.

Die gesetzlichen Vorschriften über die Beerdigung von Leichen finden, soweit nicht in diesem Gesetze abweichende Bestimmungen enthalten sind, auf die Verbrennung der Leichen entsprechende Anwendung.

§ 17. Dieses Gesetz tritt am 1. April 1911 in Kraft.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns. Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 5. 5. März. 1911.

Rechtsprechung.

Bemessung der Reisekosten in gerichtsärztlichen Geschäften. Beschluß des Königl. Landgerichts in Gnesen (III. Str.-K.) vom 21. Februar 1910.

Die Königl. Verordnung vom 10. Juli 1909 behält allerdings nach § 17 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 neben diesem Gesetze ihre Gültigkeit. Allein nach der unzweifelhaften Vorschrift des Abs. 2 des § 17 mit der Einschränkung, daß nicht höhere als die in dem § 1 Abs. 1 und § 3 des Gesetzes bestimmten Gebühren (nicht mehr als 7 Pf. für das Kilometer und nicht mehr als 1,50 Mark für jeden Zu- und Abgang bei Benutzung der II. Wagenklasse auf der Eisenbahn) gewährt werden dürfen.[1]) Die angebliche gegenteilige Entscheidung des Landgerichts Halberstadt ist hier nicht bekannt, würde aber, falls sie in der Tat zu anderem Ergebnis kam, nicht als zutreffend anerkannt werden können.

Unberechtigte Klage eines Arztes gegen einen Arzt auf Schadenersatz wegen Ausstellung eines angeblich unrichtigen ärztlichen Zeugnisses. Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 5. Januar 1911.

Der praktische Arzt Dr. Sch. hatte sich seit Ende des Jahres 1902 von dem mit ihm befreundeten Augenarzt Dr. St. an einem Augenleiden behandeln lassen. Mit dem Einverständnis des Dr. St. ließ er das Auge im März 1904 von dem Geh. Med.-Rat Dr. X. untersuchen; im September 1905 nahm dieser eine Operation vor. Dr. Sch. steht auf dem Standpunkte, Dr. St. wie der Geheimrat X. seien verpflichtet gewesen, ihn über die Natur seines Augenleidens, das sie bereits im März 1904 als Glaukom erkannt gehabt hätten, zu unterrichten; statt dessen hätten sie ihn getröstet mit der Versicherung, es handele sich nur um nervöse Störungen. Auch treffe beide der Vorwurf, daß die Operation zu spät vorgenommen worden sei, eine zeitigere Operation würde einen günstigeren Erfolg gehabt haben. Nach der Behauptung des Dr. Sch. hat der Geheimrat X. von Anfang an die Diagnose des Dr. St. als eine irrige erkannt und die Operation im Bewußtsein ihrer Verspätung vorgenommen. Bewußt wider die Wahrheit habe er dann in dem „Zeugnisse" nicht allein von Prodromalanfällen — anstatt von einem offenbaren Glaukom — gesprochen, sondern auch die Operation als keineswegs verspätet hingestellt und die „Verschweigungspraxis" des Dr. St. gebilligt. Durch die Erteilung dieses „Zeugnisses" sei ihm bedeutender Schaden entstanden; dieser schädigenden Wirkung sei sich der Beklagte bei der Ausstellung auch bewußt gewesen, seine Handlungsweise verstoße gegen die guten Sitten. Dr. Sch. erhob deshalb Klage mit dem Antrag, daß der beklagte Geheimrat X. das Zeugnis widerrufe und daß festgestellt werde, Geheimrat X. sei zum Ersatze desjenigen Schadens verpflichtet, der aus der Erteilung der „Zeugnisse" erwachse. Die Klage wurde abgewiesen vom Landgericht und Oberlandesgericht in Dresden und dies Urteil vom Reichsgericht unter folgender Begründung bestätigt:

Das Berufungsgericht geht davon aus, daß, wenn der Beklagte in dem vom Kläger „Zeugnis" genannten Schreiben vom 28. Oktober 1905 eine tatsächliche Angabe bewußt wider die Wahrheit gemacht haben sollte, ein Verstoß gegen die guten Sitten vorliegen würde, der die Anwendung des

---

[1]) In gleicher Weise, also entgegengesetzt dem in der Beilage Rechtsprechung und Gesetzgebung zu Nr. 2, 1910, S. 10 der Zeitschrift mitgeteilten Beschluß des Landgerichts in Halberstadt, hat auch das Landgericht in Insterburg vor kurzem entschieden.

§ 826 B. G. B. (Schadensersatz) beim Vorhandensein der sonstigen Voraussetzungen rechtfertigen würde. Jene Voraussetzung erachtet es aber nicht für erwiesen, in einigen Punkten sogar für widerlegt. Die Revision macht geltend, daß das Berufungsgericht zu dieser Ueberzeugung durch prozessuale Verstöße gelangt sei. Hauptsächlich rügt sie, daß der auf Abhörung des Geh. Med.-Rats Dr. S. in Leipzig als Sachverständiger gerichtete Beweisbeschluß nicht erledigt worden ist. Der Kläger hatte eine Reihe von auf ärztlich-wissenschaftlichem Gebiete liegenden Behauptungen aufgestellt, aus denen er folgerte, daß, wie Dr. St., so auch der Beklagte sein Leiden falsch beurteilt und die Operation zu spät vorgenommen habe, weiter aber auch, daß der Beklagte sich dessen bei Ausstellung des Zeugnisses bewußt gewesen sei. Hierfür hatte er sich auf das Gutachten eines Sachverständigen berufen, das Berufungsgericht hatte auch die Abhörung des Dr. S. als solchen angeordnet, diese Anordnung aber wieder zurückgenommen. In den Entscheidungsgründen wird dies, nachdem dargelegt worden, daß der Beklagte auf seinem Wissenschaftsgebiet eine Autorität ersten Ranges ist, in folgender Weise begründet. Darüber, was Prodrom oder manifestes Glaukom, sowie was einfaches oder entzündliches Glaukom sei, und zu welchem Zeitpunkt ein Glaukom operiert werden müsse, beständen auch zwischen Autoritäten der Augenheilkunde Meinungsverschiedenheiten; selbst wenn eine derartige Autorität von ihrem Standpunkt aus bestätigen würde, der Beklagte oder Dr. St. habe das Leiden des Klägers falsch beurteilt, oder der Beklagte habe die Operation verspätet vorgenommen, so würde dadurch für die Ueberzeugung des Gerichts weder erwiesen noch wahrscheinlich gemacht sein, daß der Beklagte vor oder bei der Abfassung des sogenannten „Zeugnisses" nach der einen oder anderen Richtung sich eines ärztlichen Fehlers bewußt geworden sei. Bei dieser Auffassung bewegt es sich lediglich auf dem Boden tatsächlicher Würdigung.

(Sächsis. Korrespondenz.)

Fahrlässige Körperverletzung durch einen Kurpfuscher. Urteil des Reichsgerichts vom 23. Dezember 1910.

Der frühere Schuhmacher und jetzige Heilpraktiker O. in E. preist sich an zur Heilung von Verrenkungen, Verstauchungen und Knochenbrüchen. Eines Tages kam eine Frau H. zu ihm, da sie an ihrem einen kleinen Finger starke Schmerzen hatte und dieser angeschwollen war. O. begann, ohne genauer zu untersuchen, sofort mit seiner Behandlung, massierte die schmerzhafte Stelle und drehte den Finger. Sodann legte er einen Verband an, goß Schnaps darüber und entließ die Frau mit der Weisung, bald wieder zu ihm zu kommen. Da die Schmerzen stärker wurden und der Finger immer mehr anschwoll, begab sich Frau H. zum zweiten Male zu O., der sie wieder in derselben Weise behandelte. Nach ihrer Heimat W. zurückgekehrt ging Frau H. zu dem Heilpraktikanten W., da die Entzündung offensichtlich fortschritt. W. wies sie an einen Arzt, da sie an einer tuberkulösen Erkrankung des Fingers leide. Dieser bestätigte die Annahme des W. und erklärte eine Amputation des Fingers für nötig. Es wurde daraufhin Klage gegen den Heilpraktiker O. wegen fahrlässiger Körperverletzung erhoben. Das Gericht vertrat die Ansicht, daß in der Tätigkeit des O. tatsächlich eine Behandlung des kranken Fingers zu erblicken sei. Ferner habe sich nach dem ärztlichen Gutachten die Erkrankung nach dieser Behandlung verschlimmert und es könne dahingestellt bleiben, ob sich die Amputation erst infolge der Behandlung durch O. nötig gemacht habe. Endlich liege auch Fahrlässigkeit auf seiten des O. vor; denn er habe, zumal er das Gewerbe als Heilpraktiker bereits seit 30 Jahren betrieb, mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß die Erkrankung anderer Natur sein konnte, als eine bloße Verrenkung. Daher wäre es seine Pflicht gewesen, eine genaue Untersuchung vorzunehmen. Da er das nicht tat, habe er die erforderliche Sorgfalt und die Aufmerksamkeit, zu der er vermöge seines Gewerbes besonders verpflichtet war, aus den Augen gesetzt und dadurch fahrlässig die Körperverletzung der Frau H. verursacht. Das Gericht erachtete eine Geldstrafe von 150 M. für angemessen. O. legte Revision beim Reichsgericht ein und rügte, ihm sei zu Unrecht Fahrlässigkeit zur Last gelegt worden. Der höchste Gerichtshof verwarf indessen das Rechtsmittel als unbegründet. Münchener med. Wochenschrift; 1910, Nr. 11.

Infektion durch ein aus dem städtischen Krankenhaus erhaltenes syphilitisches Pflegekind. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 10. Februar 1911.

Der Hamburger Staat war als Inhaber der Entbindungsanstalt von einer Hamburger Ehefrau auf 15000 M. Schadenersatz verklagt worden, indem die Klägerin behauptete, durch ein aus der Entbindungsanstalt abgeholtes Pflegekind, das sie ev. später als eigen habe annehmen wollen, syphilitisch geworden zu sein. Der Vater des Kindes war nachweislich an Syphilis erkrankt gewesen. Die Aerzte hatten deshalb auch die junge Mutter nebst ihrem Kinde zur Beobachtung und ev. Heilung nach der Station für Infektionskrankheiten bringen wollen, das hatte aber die Mutter der Entbundenen nicht zugegeben. Die Klägerin machte nun geltend, die Aerzte der Anstalt hätten sie trotzdem warnen müssen, das Kind in Pflege zu nehmen. In der unterlassenen Warnung bestehe das Verschulden, für das der Hamburger Staat aufzukommen habe. Das Landgericht Hamburg hatte auch der Klage entsprochen und ausgeführt, die Aerzte dürften solche Kinder, die syphilisverdächtig seien, nicht herausgeben, ohne die Annehmenden zu warnen. Ganz besonders hätten die Schwestern die Pflicht gehabt, die Klägerin aufzuklären, nachdem sie ausdrücklich gefragt worden seien, ob die Mutter des Kindes auch eine „ordentliche" Person sei. Eine Mitteilung über den begründeten Syphilisverdacht würde durchaus keine „unbefugte" Einmischung in fremde Privatverhältnisse gewesen sein, sondern vielmehr eine pflichtgemäße Handlung. Das Oberlandesgericht Hamburg hatte jedoch die Klägerin abgewiesen, da keinerlei Fahrlässigkeit vorliege. Unbeachtlich sei zunächst die bejahende Aeußerung der Schwestern, die Mutter des Kindes sei eine ordentliches Mädchen. Die Schwestern hätten nicht annehmen können, daß die Fragestellerin ihrer Frage einen auch auf die Krankheit des Kindes bezüglicken Sinne habe unterlegen wollen. Eine Haftung des Staates aus § 831 B. G. B. sei vor allem aber deshalb nicht begründet, weil die Schwestern bei Herausgabe des Kindes nicht in Ausführung einer ihrer Verrichtungen gehandelt hätten. Die Behauptung der Klägerin, der Vorstand Dr. D. des Krankenhauses und Dr. St. der Entbindungsanstalt hätten Mitgliedern des Frauenvereins gegenüber erklärt gehabt, nur gesunde Kinder würden in Pflegehände gegeben, sei unbewiesen und außerdem unbeachtlich, da im vorliegenden Falle das Kind nicht durch Vermittlung des Frauenvereins abgegeben worden sei. Eine Spezialvorschrift dahin, daß solche kranke oder verdächtige Personen nicht in Pflege gegeben werden dürften, ohne die Pflegenden zu warnen, bestehe nicht, auch nach allgemeiner Rechtspflicht könne eine solche Verpflichtung nicht angenommen werden. Auch gesetzliche Vorschriften, wonach etwa ein Beamter Dritte zu warnen hätte, welche Gefahren ihm drohten, existierten nicht. Im vorliegenden Falle wären Mutter und Kind ärztlichem Rat zuwider aus der Beobachtung und Behandlung entzogen worden, da die Mutter der Entbundenen auf deren Entlassung in einem Reverse bestanden habe. Damit seien die Verpflichtungen der Anstalt beendet gewesen. Die Revision der Klägerin machte geltend, schon nach allgemeiner Rechtspflicht, der ohne Mühe und ohne Verletzung von Rechten Dritter genügt werden könne, hätten die Aerzte vor der Pflege des Kindes warnen müssen, sofern eine Gefahr der Ansteckung bestand. Das Reichsgericht wies jedoch die Revision zurück.

(Sächs. Korrespondenz.)

Verabfolgung unwirksamer Abtreibungsmittel als Betrug. (Plenarbeschluß des Strafsenats des Reichsgerichts vom 24. Dezbr 1910 und Urteil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 24. Februar 1911.

Vom Landgericht I Berlin war am 18. Oktbr. 1909 der Chemiker L. wegen Betruges zu drei Monaten Gefängnis und 1000 M. Geldstrafe verurteilt worden. Er hatte an Frauen und Mädchen ein „Blutstockungsmittel" verkauft und den Glauben hervorgerufen, als sei dies geeignet, eine Abtreibung herbeizuführen, während es diese Eigenschaft, wie er wußte und wie er selbst zugab, nicht besaß. Dieses Urteil stand mit der bisherigen Rechtsprechung des Reichsgerichts in Widerspruch, nach der derjenige, der eine Ware zu einem sittlich nicht erlaubten Zwecke erwirbt, keinen Anspruch auf Schutz durch den Betrugsparagraphen hat. L. erhob deshalb Revision. Der betreffende Straf-

senat, der den bisherigen Standpunkt des **Reichsgerichts** nicht für zutreffend hielt, holte die Entscheidung des vereinigten Strafsenats ein, die am 14. Dezember v. J. zu dem Beschluß führte, daß eine Vermögensschädigung durch Irrtumserregung im Sinne des Betrugsparagraphen auch dann anzunehmen ist, wenn jemand glaubt, ein wirksames Abtreibungsmittel zu kaufen, aber ein unwirksames erhalten hat. Unter dem 24. Februar d. J. hat dann der 2. Strafsenat unter Hinweis auf diesen Plenarbeschluß die Revision als unbegründet verworfen. (Apotheker-Ztg.; 1911, Nr. 17)

Die unzüchtigen Kinematographenfilms. Urteil des Reichsgerichts (IV. Str.-S) vom 14. Februar 1911.

Den Kaufleuten D. und K. in Dresden war zur Last gelegt worden, fortgesetzt objektiv unzüchtige Films im Bewusstsein ihrer Unzüchtigkeit zum Zwecke der Verbreitung hergestellt, feilgehalten oder zu demselben Zwecke vorrätig gehalten zu haben; das Landgericht Dresden hatte sie deshalb wegen Vergehens gegen § 184 Abs. 1 Str. G. B. zu je 5 Monaten Gefängnis verurteilt, da ihre Schuld dargetan erschien. Dem Einwande der Angeklagten, daß bei verschiedenen Bildern der humoristische Ton vorwiege, wurde nicht stattgegeben, da dieser nicht der Grundton sei, vielmehr ausschlaggebend lediglich die geschlechtliche Beziehung gewesen war. Alle inkriminierten Films erschienen geeignet, das Schamgefühl dritter Personen, insbesondere von Minderjährigen und Frauen, zu verletzen. Ferner wurde der Einwand, die Bilder würden nur auf Herrenabenden vorgeführt, wo Frauen und Kinder nicht zugelassen seien, als unbeachtlich verworfen, da das Strafgesetz schon die Herstellung solcher Films verbiete, es also gleichgültig sei, wie und wo sie später in Gebrauch genommen würden. In der Revision vor dem Reichsgericht rügte der Angeklagte D., daß sein Einwand, die Films seien nur zum Zweck der Verbreitung im Ausland hergestellt gewesen, nicht hinreichend von der Vorinstanz gewürdigt worden wäre; er habe auch nicht das Bewußtsein des unzüchtigen Charakters der Films gehabt; desgleichen fehle die Feststellung, daß seine Handlung in den in Frage kommenden Ländern (Frankreich und Rußland insb.) strafbar sei; in Deutschland habe man keinen einzigen Film verkauft. Hiezu führte der Reichsanwalt aus, daß der Vorderrichter die Absicht, im Inlande zu verbreiten, hinreichend festgestellt habe, ebenso die Herstellung, das Vorrätighalten und das Feilhalten. Auch die begonnene Verbreitung sei strafbar, da das Vorgericht ohne Rechtsirrtum dargetan habe, daß der Absatz auch in Hamburg und Dresden erfolgt sei; im übrigen enthalte das Urteil der Vorinstanz keinen Rechtsirrtum. Dem Antrage des Reichsanwalts gemäß erkannte das Reichsgericht auf Verwerfung der Revision beider Angeklagten. (Sächs. Korrespondenz.)

Verpflichtung der Grundbesitzer zur Beseitigung gesundheitsgefährdender Zustände. Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 21. Dezember 1910.

Veranlaßt sind die beiden angefochtenen Verfügungen durch die Mißstände, die infolge der Ableitung der Wirtschaftswässer aus dem Hause des Klägers in einen zu ihrer unschädlichen Weiterführung nicht geeigneten Kanal entstanden sind. Außer den Haus- und Küchenabwässern fließt zwar auch noch das Tages (Niederschlags-)Wasser dem Kanal zu; Zweck der Verfügungen ist aber, wie die Vorgänge ergeben, nur die Bekämpfung der Gesundheitsgefahr, die in der Stagnation des schmutzigen **Wirtschaftswassers** auf den Grundstücken, insbesondere auf dem Hofe des Klägers, und in der Durchseuchung des Bodens mit den Schmutzstoffen erblickt wird. Dementsprechend wurde der Kläger in der ersten Verfügung mit dem Vorschlage zur Sammlung der Schmutzwässer in einer gemauerten Grube zur Beseitigung des Uebelstandes aufgefordert und ihm in der zweiten aufgegeben, die Weiterbenutzung des auf seinem Grundstück zur Abführung der Wirtschaftswässer angelegten Schachts und der Abflußleitung einzustellen. In der zweiten Verfügung wird zwar noch geltend gemacht, daß der auf dem Grundstück des Klägers angelegte Schacht ohne baupolizeiliche Genehmigung ausgeführt sei; Veranlassung und Zweck dieser Verfügung sind aber dieselben wie bei der am Tage vorher erlassenen. Es liegen daher hier nicht zwei von einander unabhängige Ver-

fügungen vor, von denen jede für sich auf ihre Rechtsgültigkeit zu prüfen ist, sondern die zweite Verfügung ergänzt nur die erste, und beide sind unter dem einheitlichen Gesichtspunkt zusammenzufassen, daß die Beseitigung des nach Ansicht der beklagten Polizeiverwaltung polizeiwidrigen Zustandes durch Verbot der Weiterbenutzung der auf dem klägerischen Grundstück vorhandenen Anlage zur Abführung dzr Wirtschaftswässer herbeigeführt werden sollte.

Das Fehlen einer baupolizeilichen Genehmigung zu der Anlage des Klägers fällt nicht ins Gewicht, da, auch wenn eine solche bei ihrer Einrichtung erforderlich gewesen wäre, nur dann polizeilich gegen die Anlage eingeschritten werden könnte, wenn diese gegen das geltende Baurecht verstößt. Daß dies hier zutrifft, ist nicht behauptet worden und kann auch nach dem Gutachten der Sachverständigen nicht angenommen werden. Vielmehr ergibt sich aus diesen Gutachten, daß der Kanal auf dem Grundstück des Klägers den geltenden Bestimmungen (§ 30 Ziff. 1, § 32 Ziff. 2 der Baupolizeiordnung vom 28. April 1904) entspricht. Dadurch wird aber die Polizeibehörde nicht gehindert, gegen die Anlage einzuschreiten, wenn ihre Benutzung im öffentlichen Interesse wegen der damit verbundenen Gefahren nicht geduldet werden kann. Es folgt dies aus der Aufgabe der Polizei, der in § 10 Tit. 17 Teil II des Allgem. Landrechts ganz allgemein der Schutz und die Sorge für Leben und Gesundheit des Publikums übertragen worden ist. Nach dem Akteninhalt, insbesondere nach den beiden Gutachten des Kreisarztes vom 11. Mai 1908 und vom 19. August 1909, unterliegt es keinem Zweifel, daß die Benutzung der in Rede stehenden Anlage zur Ableitung der Wirtschaftswässer aus dem Hause des Klägers eine Gesundheitsgefahr bildet. Denn danach steht es fest, daß bei Benutzung die Anlage das Wirtschaftswasser nicht abgeführt wird, sondern auf den Hof des klägerischen Grundstücks tritt und dort sowohl, wie auch auf dem Nachbargrundstücken, durch Stagnation und Verseuchung des Untergrundes, namentlich in der wärmeren Jahreszeit, zufolge der Zersetzung der in den Abwässern enthaltenen Schmutzstoffe gesundheitsgefährliche Zustände herbeiführt. Die Beseitigung dieses polizeiwidrigen Zustandes auf seinem Grundstück zu verlangen, ist die Polizeibehörde befugt, weil jeder Eigentümer selbständig für sich sein Grundstück in einem polizeigemäßen Zustande zu erhalten und das dazu Nötige selbst vorzukehren hat. Der Kläger ist auch als Urheber des polizeiwidrigen Zustandes anzusehen, insofern als er die Schmutzwässer seines Hauses dem zu ihrer Aufnahme ungeeigneten Kanal zugeführt hat.

Hiergegen kann der Kläger nicht geltend machen, daß die Polizeibehörde sich an den Grundstückseigentümer P. zu halten und diesem aufzugeben habe, durch Herstellung des Kanals auf seinem Grundstück und Beseitigung der dort vorhandenen Verstopfung für die ordnungsmäßige Abführung der ihm vom Grundstück des Klägers zufließenden Wirtschaftswässer Sorge zu tragen. Dieser Einwand greift schon deshalb nicht Platz, weil eine öffentlich-rechtliche Verpflichtung des P. hierzu nicht ersichtlich ist. Aus den Bestimmungen der Baupolizeiordnung vom 28. April 1904 läßt sich eine solche Verpflichtung nicht herleiten, da §§ 29 und 30 a. a. O. nur von der Abführung der eigenen Wirtschaftswässer handeln und keine Handhabe bieten, dem Grundstückseigentümer die Herstellung eines Kanals zur Abführung der Haus- und Wirtschaftswässer anderer Grundstücke aufzuerlegen. Auch im Wege einer Räumungsverfügung auf Grund des § 66 des Zuständigkeitsgesetzes konnte die Herstellung des Kanals gegen P. nicht erzwungen werden, weil eine öffentlich-rechtliche Räumungspflicht — und nur zur Erzwingung einer derartigen Pflicht ist die Polizeibehörde nach der genannten Gesetzesvorschrift zuständig — behufs Ermöglichung des Abflusses von Haus- und Wirtschaftswässern nicht besteht. Daß es sich hier aber nur um die unschädliche Beseitigung von Abwässern handelt, ist oben bereits dargelegt worden. Andere Gründe öffentlich-rechtlicher Natur, aus denen eine Verpflichtung des P. zur Herstellung des Kanals gefolgert werden könnte, sind nicht ersichtlich, und in privatrechtliche Streitigkeiten einzugreifen, stand der Polizeibehörde hier kein Recht zu. Der Kläger konnte daher der polizeilichen Auflage gegenüber sich nicht auf eine öffentlich-rechtliche Verpflichtung des P. zur Aufnahme und ordnungsmäßigen Weiterleitung der von dem klägerischen Grundstück stammenden Haus- und Wirtschaftswässer berufen. Da die angefochtenen Verfügungen weder auf unrichtiger Rechtsanwendung beruhten, noch der tatsächlichen Voraussetzungen

entbehrten, die die Polizeibehörde zu ihrem Erlaß berechtigten, mußte unter Abänderung der Vorentscheidung die Klage abgewiesen werden.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Wechselseitige Benachrichtigung der Militär- und Polizeibehörden über das Auftreten übertragbarer Krankheiten. Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. Februar 1911.

Auf Grund des § 39 Abs. 3 des Gesetzes, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 (Reichsgesetzbl. S. 306) hat der Bundesrat nachstehendes bestimmt:

A. Mitteilungen der Polizeibehörden an die Militärbehörden.

1) Zur Mitteilung der in ihrem Verwaltungsbezirke vorkommenden Erkrankungen an die Militärbehörden sind verpflichtet
die von den Landesregierungen zu bezeichnenden Behörden oder Beamten der Garnisonorte, einschließlich der Orte, welche lediglich Sitz eines Bezirkskommandos sind, und derjenigen Orte, welche im Umkreis von 20 km von Garnisonorten oder im Gelände für militärische Uebungen gelegen sind.

2) Die Mitteilungen haben alsbald nach erlangter Kenntnis zu erfolgen und sich zu erstrecken auf

a. jede Erkrankung an Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken und Unterleibstyphus sowie jeden Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ferner jede Erkrankung an übertragbarer Genickstarre (Meningitis cerebrospinalis) oder an Rückfallfieber,

b. jedes gehäufte (epidemische) Auftreten der übertragbaren Ruhr (Dysenterie), der Diphtherie, des Scharlachs sowie jedes neue Vorkommen von Massenerkrankungen an der Körnerkrankheit (Trachom).

Ueber den weiteren Verlauf der übertragbaren Ruhr (Dysenterie) sind wöchentlich Zahlenübersichten der neufestgestellten Erkrankungs- und Todesfälle einzusenden. Ferner ist eine Mitteilung zu machen, sobald Diphtherie, Scharlach sowie Körnerkrankheit (Trachom) erloschen sind oder nur noch vereinzelt auftreten.

Jede Mitteilung betreffs der unter a bezeichneten Krankheiten sind Angaben über die Gebäude und die Wohnungen, in welchen die Erkrankungen oder der Verdacht aufgetreten sind, beizufügen.

3) Die Mitteilungen sind zu richten
für Garnisonorte und für die in ihrem Umkreis von 20 km gelegenen Orte an den Kommandanten oder, wo ein solcher nicht vorhanden ist, an den Garnisonältesten,
für Orte im militärischen Uebungsgelände an das Generalkommando,
für Orte, die lediglich Sitz eines Bezirkskommandos sind, und für die in ihrem Umkreis von 20 km gelegenen Orte an den Bezirkskommandeur.

B. Mitteilungen der Militärbehörden an die Polizeibehörden.

1) Zur Mitteilung der in ihrem Dienstbereiche vorkommenden Erkrankungen an die Polizeibehörden sind verpflichtet die Kommandanten oder, wo solche nicht vorhanden sind, die Garnisonältesten der Garnisonorte, die Bezirkskommandeure, ferner die Kommandobehörden der im Uebungsgelände sich befindenden Truppenteile.

2) Die Mitteilungen haben alsbald nach erlangter Kenntnis zu erfolgen und sich zu erstrecken auf

a. jede Erkrankung an Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest, Pocken und Unterleibstyphus sowie jeden Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ferner jede Erkrankung an übertragbarer Genickstarre (Meningitis cerebrospinalis) oder an Rückfallfieber,

b. jedes gehäufte (epidemische) Auftreten der übertragbaren Ruhr (Dysenterie), der Diphtherie, des Scharlachs und der Körnerkrankheit (Trachom).

Ueber den weiteren Verlauf der übertragbaren Ruhr (Dysenterie) sind wöchentlich Zahlenübersichten der neu festgestellten Erkrankungs- und Todesälle einzusenden. Auch ist eine Mitteilung zu machen, sobald Diphtherie, Scharlach sowie Körnerkrankheit (Trachom) erloschen sind oder nur noch vereinzelt auftreten.

Jeder Mitteilung betreffs der unter a bezeichneten Krankheiten sind Angaben über das Militärgebäude oder die Wohnungen, in welchen die Erkrankungen oder der Verdacht aufgetreten sind, beizufügen.

3) Die Mitteilungen sind an die für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständige, von den Landesregierungen zu bezeichnende Behörde zu richten.

4) Von dem Ausbruch und dem späteren Verlaufe der unter 2a bezeichneten gemeingefährlichen Krankheiten (Aussatz, Chorlera, Fleckfieber, Pest, Pocken) ist das Kaiserliche Gesundheitsamt sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen.

C. **Maßnahmen in besonderen Fällen.**

Den Landeszentralbehörden oder den von diesen bestimmten Behörden bleibt vorbehalten,

a. allgemein oder für einzelne Orte weitergehende Vorschriften zu erlassen,
b. bei starker Häufung der unter A 2a und B 2a bezeichneten Erkrankungen für die davon betroffenen Orte die Form des Nachrichtenaustausches zu vereinfachen, besonders an Stelle schriftlicher Mitteilung des einzelnen Falles das Auflegen von Listen zur Einsichtnahme oder mündlichen Austausch der Nachrichten zur bestimmten Stunde am vereinbarten Orte zu gestatten.

Die vorstehenden Bestimmungen treten an die Stelle der Bekanntmachung vom 22. Juli 1902 (Reichsgesetbl. S. 257).

B. Königreich Preussen.

Abführung der Gebühren an die Staatskasse seitens der vollbesoldeten Kreisärzte für Gutachten im Auftrage des Schiedsgerichts für die Arbeiterversicherung und für gerichtsärztliche Tätigkeit. Erlaß der Minister des Innern und der usw. Medizinalangelegenheiten vom 26. Januar 1911 an den Herrn Regierungspräsidenten in D.

Durch diesen Erlaß ist entschieden, daß von den vollbesoldeten Kreisärzten die Gebühren für Gutachten im Auftrage von Schiedsgerichten an die Staatskasse abzuführen sind, desgleichen die Gebühren für gerichtsärztliche Tätigkeit auch in denjenigen Kreisen, in denen ein besonderer Gerichtsarzt angestellt ist.

Bei Erstattung schriftlicher Gutachten ist eine besondere Gebühr für eine Untersuchung in der Wohnung oder in der Anstalt (also für sog. empfangene Vorbesuche) nicht zulässig. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 17. Dezember 1910 an den Herrn Regierungspräsidenten in Str.

Durch diesen Erlaß ist die Frage, ob bei der Erstattung von schriftlichen Gutachten für eine Untersuchung in der Wohnung oder Anstalt eine besondere Gebühr (für Vorbesuch) berechnet werden kann, verneint. Es ist nur für gemachte, aber nicht für empfangene Vorbesuche eine solche Gebühr zulässig.[1])

---

[1]) Es wird sich fragen, ob das Reichs-Versicherungsamt dieser Entscheidung gegenüber bei seiner bisherigen entgegengesetzten Ansicht verbleibt (siehe Beilage Rechtsprechung und Gesetzgebung zu Nr. 12, 1910 der Zeitschrift S. 90).

Reisekostenentschädigung für die Vertretung eines Kreisarztes durch den benachbarten. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 23. Februar 1911 — M. d. g. A. M. Nr. 79 — **an den Herrn Regierungspräsidenten in D.**

Die dortseitige Auffassung ist zutreffend. Der einen benachbarten Kreisarzt vertretende Medizinalbeamte erhält nur für Dienstreisen nach dem Wohnort des zu Vertretenden Reisekosten aus der Staatskasse. Hat er lediglich an dem Wohnorte des zu vertretenden Kreisarztes oder außerhalb desselben in geringerer Entfernung als 2 km von ihm dienstliche Verrichtungen vorzunehmen, so sind ihm Tagegelder und Fahrkosten aus der Staatskasse zu zahlen. Ist in Verbindung mit einer Dienstreise nach dem Wohnorte des zu Vertretenden zugleich an einem anderen Orte in dessen Amtsbezirk ein Dienstgeschäft zu erledigen, so erhält der stellvertretende Kreisarzt aus der Staatskasse nur die Fahrkosten für die Reise nach dem Wohnorte des zu Vertretenden und zurück. Hat der Stellvertreter dagegen in dem Amtsbezirke des zu Vertretenden ein Dienstgeschäft erledigt, ohne daß er dabei den Wohnort des Vertretenen berühren mußte, so ist aus der Staatskasse keine Vergütung zu zahlen.

Anmeldung der beurlaubten oder entlassenen, an Typhus usw. erkrankt gewesenen Unteroffiziere und Mannschaften bei der Ortspolizeibehörde, falls diese sogenannte Dauerausscheider oder Keimträger sind. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 13. Februar 1911 — M. d. g. A. M. Nr. 10089 — **an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.**

Auf Grund unserer Vereinbarung mit dem Herrn Kriegsminister sind die Ortspolizeibehörden seitens der zuständigen militärischen Dienststellen über etwa erforderlich werdende Beurlaubungen und Entlassungen solcher Unteroffiziere und Mannschaften in Kenntnis zu setzen, die entweder nach dem Ueberstehen einer übertragbaren Krankheit (namentlich Typhus, Paratyphus, übertragbarer Ruhr, Diphtherie, übertragbarer Genickstarre) zurzeit der Beurlaubung bezw. Entlassung noch Krankheitskeime ausscheiden (Dauerausscheider) oder aber dies tun, nachdem sie infolge Berührung mit Kranken die Krankheitskeime aufgenommen haben, ohne selbst zu erkranken (Keimträger). Von einer Anzeige solcher Personen, die nur ansteckungsverdächtig sind, bei denen aber die Ausscheidung von Krankheitskeimen nicht nachgewiesen wurde, ist abzusehen. Die Nachrichten sind an die Ortspolizeibehörde des Ortes zu richten, nach welchem die Beurlaubung oder Entlassung stattfindet.

Ew. Hochwohlgeboren, Hochgeboren, Durchlaucht ersuche ich ergebenst, die Ortspolizeibehörden gefälligst mit entsprechender Nachricht zu versehen, damit sie erforderlichenfalls die nötigen Anordnungen zur Vermeidung einer Weiterbreitung der in Frage kommenden Krankheit rechtzeitig treffen können.

C. Königreich Württemberg.

Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst oder für die Anstellung als Gerichtswundarzt. Königliche Verordnung vom 6. Februar 1911.

Die Königl. Verordnung vom 17. Juli 1876, betr. die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst oder für die öffentliche Anstellung als Gerichtswundarzt (Reg.-Bl. S. 287) wird in den nachstehenden Punkten geändert:

1. Der § 1 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„Die Prüfung wird vor einer Kommission abgelegt, die für die Regel aus dem Vorstand des Medizinalkollegiums als Vorsitzenden und den ärztlichen Mitgliedern des Medizinalkollegiums besteht. Eine abweichende Zusammensetzung der Prüfungskommission bleibt dem Ministerium des Innern für besondere Fälle vorbehalten."

2. In § 2 Abs. 1 und 4, § 4 Abs. 3 und § 8 Abs. 2 werden die Worte: „Ministerium des Innern" durch das Wort: „Medizinalkollegium" ersetzt.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr 7. 5. April. 1911.

Rechtsprechung.

Fahrlässige Körperverletzung durch Hinterlassen eines Spritzenansatzes in der Blase. Urteil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 2. März 1911.

In der Behandlung des Dr. G. B. in Frankfurt a. M., der seit über 20 Jahren als Spezialarzt für Harn- und Blasenleiden tätig ist, befand sich wegen Blasenbeschwerden auch ein Patient J., der von dem Arzt mit Blasenspülungen und Katheterisierungen behandelt wurde. Als das Leiden sich aber nicht behob, riet Dr. B. zu einer Operation, die auch im Marienkrankenhaus vorgenommen wurde, wo J. zwei Wochen verblieb. Als er sich weigerte, eine Nachoperation, deren mögliche Notwendigkeit Dr. B. bereits vor der ersten Operation in Aussicht gestellt hatte, vornehmen zu lassen, verließ der Patient das Krankenhaus, blieb aber in der Behandlung des Dr. B., der weiterhin mit einer Spritze, die er sowohl zu Harnröhren-, wie Blasenspülungen verwandte, Einspritzungen vornahm. Nach einer solchen Spülung fehlte eines Tages das Ansatzstück der Spritze und konnte trotz Suchens nicht gefunden werden. Einige Zeit darauf erklärte Dr. B. bei einer Untersuchung der Blase mit einer Steinsonde plötzlich, er habe in der Blase einen Stein gefunden und zeigte späterhin diesen „Stein" auch einem Kollegen, dem Gynäkologen Dr. O. Er riet zu einer Operation zwecks Zertrümmerung des Steines, die aber auf Anraten des Hausarztes Dr. H. unterblieb, da sie wegen des Allgemeinbefindens des Patienten sowohl, in wie ohne Narkose unratsam sei. Nach längerer Zeit konsultierte J. den Geh. San.-Rat Dr. M. in W., der zunächst gleichfalls den Gegenstand in der Blase für einen Stein hielt, bei einem operativen Eingriff, der noch einen Harnröhrenschnitt erforderlich machte, dann aber den — Spritzenansatz zu Tage förderte. — Wegen dieses Vorfalles wurde Klage gegen Dr. B. wegen fahrlässiger Körperverletzungen beim Landgericht Frankfurt a. M. erhoben. Das Gericht stellte fest, daß der Angeklagte das Verschwinden des Instrumententeiles bemerkt und daß er zunächst danach gesucht hatte. Der später gefundene vermeintliche „Stein" könne nur das Ansatzstück gewesen sein; denn wäre außer diesem noch ein wirklicher Stein in der Blase gewesen, hätte auch er gefunden werden müssen, da er doch nicht ohne weiteres verschwinden könne. Der Metallkörper habe sich bei der Untersuchung mit der Steinsonde möglicherweise schon inkrustiert gehabt und sehe dann aus wie ein Stein. Das Verweilenlassen dieses Metallstückes im Körper, das eine dauernde Gefahr für den Patienten bilde und ihn in einem dauernden krankhaften Zustand belasse, sei fehlerhaft, und in dem Unterlassen der Beseitigung sei eine Gesundheitsbeschädigung zu erblicken. Die Fahrlässigkeit des Angeklagten bestehe einmal darin, daß er bei der Auffindung des „Steines" nicht auf den Gedanken gekommen sei, dies könne das verlorene Ansatzstück sein. Anderseits hätte er sich auch sagen müssen, daß ein so großer Stein, wenn es sich wirklich um einen solchen gehandelt hätte, bei der langen Behandlung nicht hätte verborgen bleiben können. Wenn auch der Angeklagte gleich nach dem Verlust des Instrumententeiles danach gesucht habe, hatte er den Verlust desselben nicht ganz vergessen dürfen oder seinem Gedächtnis durch schriftliche Fixierung zu Hilfe kommen müssen. Bei dem Auffinden des „Steines" hätte dem Angeklagten der Gedanke der Identität mit dem vermißten Ansatzstück kommen müssen. Mithin habe er die Aufmerksamkeit, zu der er vermöge seines Berufes besonders verpflichtet war, außer Acht gelassen und sich dadurch fahrlässiger Weise einer Körperver-

letzung des J. in Gestalt einer Gesundheitsbeschädigung schuldig gemacht. Das Urteil lautete auf 100 Mark Geldstrafe. — B. legte Revision beim Reichsgericht ein und rügte Verletzung des formellen wie des materiellen Rechts. In letzterer Beziehung hob sein Verteidiger unter anderem hervor, das Gericht mache dem Angeklagten zum Vorwurf, daß er sich bei dem Auffinden des „Steines“ nicht mehr der vorherigen Vorgänge erinnert habe, würdige aber nicht hinreichend die Aussagen vieler Sachverständigen, welche Angaben, sie würden sich gleichfalls nicht erinnert haben. Außerdem habe das Reichsgericht in vielen Entscheidungen ausgesprochen, daß sich das Gedächtnis nicht zum Funktionieren zwingen lasse. Das Urteil sage selbst an einer Stelle, daß sich der Angeklagte bei der Durchleuchtung der Blase nach Verlust des Metallansatzes habe beruhigen dürfen. Das Reichsgericht verwarf indessen das Rechtsmittel. Die prozessualen Rügen seien ohne weiteres hinfällig. Bezüglich der Untersuchungspflicht des Angeklagten stehe im Urteil lediglich, daß er sich bei der vorgenommenen Untersuchung „zunächst“ habe beruhigen dürfen. Bei der Auffindung des „Steines“ hätte der Angeklagte rückwärts denken und sich fragen müssen, wie der Stein so plötzlich in die Blase hineingekommen sein könne. Dabei hätte er an das Ereignis mit dem Spritzenansatz vor 14 Tagen denken müssen. Es handle sich also keineswegs um einen Zwang des Gedächtnisses, losgelöst von allen äußeren Verhältnissen. Nur in diesem Sinne sei der vom Reichsgericht aufgestellte Satz zu verstehen. Durch sein Verhalten habe B. einen Zustand geschaffen, der gefährlich sei, der also eine Gesundheitsbeschädigung enthalte. Das Verschulden des Angeklagten liege darin, daß er nicht erkannt habe, daß der Patient keinen Stein, sondern den Spritzenansatz in der Blase gehabt habe. (Sächs. Korrespondenz.)

Schadenersatzpflicht des Arztes für unsachgemässe Behandlung. Urteil des Reichsgerichts III (Z.-S.) vom 14. März 1911.

Ein minderjähriges, an einer Drüsenentzündung leidendes Fräulein H. in München hatte sich 1907 mit Einwilligung ihrer Eltern in die Behandlung des praktischen Arztes Str. in München begeben. Dieser versprach, das Drüsenleiden zu heilen und zwar nach der sog. neuen galvano-kaustischen Methode durch Ausbrennen der Drüsengänge. In drei Sitzungen behandelte der Arzt die Patientin nach diesem Verfahren. Nach erfolgter Ausheilung der Drüsengänge zeigte aber das Gesicht der Kranken etwa linsengroße, pockenartige Narben, die nach ihrer und ihrer Eltern Behauptung durch falsche regelwidrige Behandlung durch den Arzt entstanden seien. Die Eltern machten geltend, daß durch diese Verunstaltung ihrer Tochter die Gelegenheit zur Heirat erschwert würde und forderten auf Grund von § 847 B.G.B., wonach im Falle einer Körperverletzung der Verletzte auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld verlangen kann, Zahlung von 45000 Mark. Das Landgericht München hatte den Klägern diesen Anspruch für gerechtfertigt erklärt; auf die Berufung des Arztes aber hatte das Oberlandesgericht München den immateriellen Schaden der Verletzten, die sich nach Klageerhebung doch noch mit einem Zahnarzte verlobt hatte, auf 14000 Mark festgesetzt. In der Berufungsinstanz hatte der Beklagte das persönliche Erscheinen der Klägerin verlangt, die keineswegs so erheblich entstellt sei; außerdem hatte er geltend gemacht, er hafte nur vertraglich, so daß weder Schmerzensgeld noch Ersatz des immateriellen Schadens verlangt werden könne. Das Berufungsgericht hatte aber angenommen, daß der Arzt neben seiner vertraglichen Haftung auch aus unerlaubter Handlung ersatzpflichtig sei und deshalb gemäß § 847,1 billigerweise auch den nicht vermögensrechtlichen Schaden zu tragen habe. Die Behauptung der Klägerin, worauf sie ihre Klage stütze, daß nämlich der Arzt sie widerrechtlich körperlich verletzt habe, sei durch die Beweisaufnahme erwiesen. Nach dem Gutachten des ärztlichen Sachverständigen sei die Annahme gerechtfertigt, daß der Beklagte bei seiner Behandlung einen Kunstfehler begangen habe. Die von dem Arzte angewendete Heilungsmethode sei danach ungeeignet und fehlerhaft gewesen, sodaß die körperliche Integrität der Klägerin dadurch verletzt worden sei. Selbst ein Laie habe sich sagen müssen, daß durch tiefes Ausbrennen der Drüsengänge Narben entstehen

würden; der Arzt habe daher nicht nur seine Berufs-, sondern auch die allgemeine Verkehrssorgfalt verletzt und damit fahrlässig gehandelt. Die Widerrechtlichkeit dieser Handlungsweise des Beklagten sei nicht dadurch aufgehoben, daß die Verletzte selbst und deren Eltern in die Behandlung durch Ausbrennen eingewilligt hätten. Denn diese hätten sie nur in der Annahme getan, daß diese Art der Behandlung unschädlich sein würde. Auch nicht einmal ein Mitverschulden der Verletzten könne aus ihrer Einwilligung hergeleitet werden. Der Arzt habe erst einen Versuch mit seiner neuen Methode abwarten müssen, ehe er diese im ganzen Gesicht der Klägerin angewendet habe. Wäre dieser Versuch nicht befriedigend ausgefallen, so würde die Einwilligung zu weiterer Behandlung sicherlich versagt worden sein. Das pockenartige Aussehen habe bei der Klägerin eine seelische Verstimmung hervorgerufen, außerdem seien ihr durch die Behandlung nutzlos Schmerzen bereitet worden, sodaß sie mit Recht auch hierfür eine billige Entschädigung verlangen könne. Der Beklagte hafte nicht nur vertraglich auf Grund seines Arbeitsvertrages, sondern auch wegen der in der widerrechtlichen Körperverletzung begangenen unerlaubten Handlung. Die Revision des Arztes rügte, die Anwendung des § 847 setze eine unerlaubte Handlung voraus, die aber bei Einwilligung der Verletzten selbst und deren Eltern ausgeschlossen erscheinen müsse. Das **Reichsgericht** war aber mit den Vorderrichtern der Ansicht, daß trotzdem eine rechtswidrige Körperverletzung vorliege, und daß deshalb der Anwendbarkeit des § 847 B.G.B. Bedenken nicht entgegenständen und auch wegen des nicht vermögensrechtlichen Schadens ein billiger Ersatz verlangt werden könne. Die Revision des Dr. Str. wurde deshalb zurückgewiesen. (Sächs. Korrespondenz.)

Uebertragung des Milzbrandes bei Hilfeleistung; Schadenersatzpflicht des Auftraggebers und Unterbrechung des ursächlichen Zusammenhangs durch Aufklärung über die Gefährlichkeit dieser Dienstleistung. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 4. November 1910.

In der Gemeinde B. war ein an Milzbrand erkranktes Pferd gefallen. Das Tier sollte untersucht und beseitigt werden. Hierzu zog die Gemeinde den Privatmetzger B. heran, der darauf ebenfalls an Milzbrand erkrankte und starb. Seine Hinterbliebenen forderten von der Gemeinde Schadenersatz, weil deren Vertreter den Verstorbenen auf die Gefährlichkeit der Hilfeleistung nicht genügend aufmerksam gemacht hätten.

Das Landgericht Essen wies die Klage ab, während das Oberlandesgericht Hamm die Gemeinde verurteilte; das **Reichsgericht** erkannte dagegen auf Abweisung unter folgender Begründung:

Das Berufungsgericht hat zunächt angenommen, daß die beklagte Gemeinde dem an Milzbrand verstorbenen Ehemann und Vater der Kläger, mit dem sie einen Dienstvertrag behufs Hilfeleistung eines an Milzbrand gefallenen Pferdes geschlossen hatte, auf die Gefährlichkeit der übernommenen Verrichtungen aufmerksam zu machen verpflichtet gewesen sei und daß die Unterlassung dieser Pflicht eine Fahrlässigkeit enthalte. Dieser Ansicht ist mit Rücksicht auf § 618 des Bürgerlichen Gesetzbuchs beizutreten. Beklagte konnte sich in dieser Hinsicht auch nicht auf den Kreistierarzt, dem die Obduktion oblag, verlassen, sondern hatte eine selbständige aus dem Dienstvertrag entspringende Verpflichtung. Daß diese Verpflichtung in keiner Weise erfüllt worden ist, ist bewiesen durch die Feststellung des Berufungsgerichts, nach der dem Ehemanne und Vater der Kläger bei dessen Annahme zur Hilfeleistung nur gesagt worden ist, es handle sich um die Obduktion eines gefallenen Pferdes. Es braucht deshalb in dieser Hinsicht auch nicht erörtert zu werden, in welchem Umfange diese Aufklärungspflicht zu betätigen war. Dagegen kann dem Berufungsgericht darin nicht beigetreten werden, daß der anzunehmende ursächliche Zusammenhang zwischen jener Fahrlässigkeit und dem Tode des Ehemannes und Vaters der Kläger durch die von seiten des Kreistierarztes dem Verstorbenen gewordene Aufklärung nicht unterbrochen worden sei. Das Berufungsgericht stellt in dieser Beziehung fest, daß der Kreistierarzt dem Verstorbenen Hände und Arme auf das Vorhandensein von

Wunden untersucht und gesagt hat, wenn er Wunden habe, so könne er sich infizieren und wenn er sich infiziere, so sei sein Leben gefährdet. Das Berufungsgericht hält dies aber zur Unterbrechung des ursächlichen Zusammenhanges für ungenügend, weil nach medizinischem Gutachten die Ansteckung an Milzbrand auch durch unsichtbare Gewebetrennungen in der Haut des menschlichen Körpers erfolgen könne (eine Art der Infektion, die vorliegend anzunehmen sei) hierüber aber eine Belehrung durch den Kreistierarzt nicht geschehen sei. Eine derartige Aufklärung war aber nicht nötig; denn der ursächliche Zusammenhang war schon dann unterbrochen, wenn dem Verstorbenen eine Aufklärung über die Gefährlichkeit der Tätigkeit in einem Umfange gegeben wurde, wie solche der Beklagten oblag. Letztere aber war jedenfalls nur verpflichtet, den Verstorbenen auf die Gefahr in einer Weise hinzuweisen, daß dieser insoweit im allgemeinen erkennen konnte, es handle sich um eine gefährliche Hilfeleistung. Eine ganz spezielle Belehrung in medizinischer Beziehung über die Möglichkeit der Uebertragung des Milzbrandes, die Beklagte durch ihre Organe auch gar nicht selbst, sondern lediglich bei Hinzuziehung eines Sachverständigen hätte geben können, lag außerhalb des Rahmens der vertraglichen Verpflichtung der Beklagten. Hiernach ist die erforderliche Aufklärung den Verstorbenen durch den Kreistierarzt zuteil geworden und hierdurch der ursächliche Zusammenhang unterbrochen worden.

Das Reichsgericht hob deshalb das Urteil des Oberlandesgerichts auf und stellte das abweisende Erkenntnis des Landgerichts wieder her.

Die indirekte Ankündigung antikonzeptioneller Mittel als hygienische Bedarfsartikel unter Hinweis auf einen einzufordernden Katalog sind strafbar, auch wenn dessen Zusendung nur an Eheleute erfolgt. Urteile des Reichsgerichts (Str.-Sen.) vom 13. Januar (a) und 7. März 1911 (b).

a. Der Friseur M. in B. erließ in gelesenen Tageszeitungen Annoncen folgenden Inhalts: „Hygienische Bedarfsartikel! Verlangen Sie neuesten Katalog vom Versandhaus Meissner in Berlin W. 61.“ Die Interessenten erhielten dann einen Katalog, in dessen vier Abteilungen nacheinander Schutzmittel für Männer, für Frauen, Artikel zur Gesundheitspflege und ähnliches angepriesen wurden. Das Landgericht Berlin I verurteilte den Angeklagten auf Grund des § 184, 3 Str. G. B. zu 10 M. Geldstrafe, da er erwiesenermaßen nicht nur Gesundheitsartikel, sondern auch Gegenstände zu unzüchtigem Verkehr angepriesen habe. In seiner beim Reichsgericht eingelegten Revision rügte M. Verletzung materiellen Rechts: Er habe die Kataloge nur auf besondere Bestellung hin geliefert, also nur an eine Mehrzahl von bestimmten Personen, und daher nicht dem Publikum angepriesen; ferner sei seine Annonce keine strafbare „Ankündigung“, weil er tatsächlich mit hygienischen Bedarfsartikeln handle, und die Versendung von Preislisten bedeute keine „Ankündigung“ im Sinne des Gesetzes, welches verlange, daß man aus eigenem Antriebe ohne Zutun des Empfängers etwas anpreise, im Bestellen der Kataloge liege aber ein Zutun des Empfängers. Demgegenüber führte der Reichsanwalt aus, daß die Revision insofern fehlgehe, als die „Ankündigung“ ja vom Vordergericht nicht in der Annonce, sondern in der im Anschluß an die Annonce erfolgten Uebersendung des Katalogs gefunden worden. Durch die Kataloge werde auf die Gelegenheit zum Beziehen solcher Artikel aufmerksam gemacht. Des weiteren liege auch eigener Antrieb des Handelnden ohne Zutun des Empfängers vor, weil durch die Kataloge gleichzeitig zum Bezug der einzelnen Bedarfsartikel aufgefordert werde. Sowohl die Annahme einer „Ankündigung“, als auch diejenige einer „Anpreisung“ sei ohne Rechtsirrtum erfolgt, diese, weil lobend die Eigenschaften der einzelnen Artikel angepriesen würden. Das Reichsgericht erkannte gemäß dem Antrage des Reichsanwalts auf Verwerfung der Revision.

b. Der Kaufmann Sch., Inhaber des hygienischen Versandhauses A. & Co. zu Leipzig-Lindenau, hatte in verschiedenen hygienischen Zeitschriften

Annoncen veröffentlicht des Inhalts: „Frauen sollen bei Störung bestimmter Vorgänge das Dr. Lavische Buch lesen etc.“, ferner Zusendung von Katalogen nur an Eheleute gegen Einsendung von 30 Pf. Porto angeboten. Die Interessenten erhielten dann seine gelbe Spezialpreisliste zugesandt, welche fast ausschließlich Gegenstände, die zur Verhütung der Empfängnis bestimmt waren, enthielt. Sch. gab selbst zu, daß eine nähere Nachprüfung, ob die Besteller der Preisliste tatsächlich verheiratet seien, ihm unmöglich gewesen sei; es ihm z. B. genügend gewesen sei, wenn der Zusatz „Frau“ vor dem Namen gestanden habe. Da dargetan erschien, daß er stillschweigend gebilligt habe, daß auch Unverheiratete den Katalog bekamen, ferner eine Anpreisung und Ankündigung von zur Verhütung der außerehelichen Empfängnis, mithin zu unzüchtigem Gebrauche bestimmten Gegenständen gegenüber dem Publikum, als einer durch kein erkennbares Band zusammengehaltene Mehrzahl von Leuten erfolgt sei, wurde Sch. vom Landgericht Leipzig wegen Vergehens gegen § 184, Abs. 3 Str.G.B. zu 50 Mark Geldstrafe verurteilt. In seiner heute beim Reichsgericht anstehenden Revision rügte Sch., daß Gegenstände, die zur Verhütung der Konzeption bestimmt seien, nur unsittlich seien, wenn zum außerehelichen Verkehr bestimmt. Ihm aber sei kein einziger Fall nachgewiesen worden, daß er an unverheiratete Leute geliefert habe. Ferner sei nicht eine Verbreitung an das Publikum erfolgt, da er nur an einen bestimmten Personenkreis versandt habe. Gemäß dem Antrage des Reichsanwalts erkannte jedoch der höchste Gerichtshof auf Verwerfung der Revision, da im angefochtenen Urteil ein Rechtsirrtum nicht erkennbar sei.

Die öffentliche Ankündigung der dem freien Verkehr entzogenen Heilmittel kann durch Polizeiverordnung verboten werden. Solitänia (Bandwurmmittel) und Donzon gehören zu diesen Arzneimitteln. Urteil des Kammergerichts (Str.-Sen.) vom 6. Februar 1911.

Die Rechtsgültigkeit der Polizeiverordnung von 1902 findet, wie die Verordnung im § 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts und in § 6 der Verordnung über die Polizeiverwaltung in den neu erworbenen Landesteilen vom 20. September 1867, der mit § 6 des für die älteren Provinzen geltenden Gesetzes vom 11. März 1850 übereinstimmt, ihre Grundlage. Die landrechtliche Bestimmung, nach der es das Amt der Polizei ist, bevorstehende Gefahren von dem Publikum und einzelnen seiner Mitglieder abzuwenden, bildet einen Grundsatz des preußischen Staatsrechts und gilt daher im gesamten Staatsgebiet. Die Polizeiverordnung will den Gefahren begegnen, die daraus entstehen können, daß infolge der Anzeige das Publikum in Krankheitsfällen das Mittel kauft und bei seiner Anwendung unmittelbar oder dadurch geschädigt wird, daß es verabsäumt, zur rechten Zeit einen Arzt zu Rate zu ziehen. Solitänia fällt unter Nr. 4 der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901; Donzol gehört zu den Salben der Nr. 10 dieser Verordnung.

Borsalbe ist zu kosmetischen Zwecken dem freien Verkehr überlassen. Urteil des preuß. Kammergerichts (Str.-S.) vom 16. Januar 1911.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Ueberweisung der Medizinalverwaltung von dem Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten an das Ministerium des Innern. Allerhöchster Erlaß vom 30. Novembe- 1910 (A) und Erlaß der Minister des Innern und der geistlichen usw. Medizinalangelegenheiten vom 30. März 1911 — Min. d. Inn. I. A. Nr. 3542, M. d. g. Ang. B. 567 M. U. I. U. I. K. — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten (B).

A.

Auf den Bericht des Staatsministeriums vom 23. November 1910 genehmige Ich die Ueberweisung der Medizinalverwaltung von dem Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten an das Ministerium des Innern. Das erstgenannte Ministerium hat demnächst die Bezeichnung „Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten“ zu führen. Dieser Erlaß ist durch die Gesetzsammlung bekannt zu machen. Mit der Ausführung sind die Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten und des Innern beauftragt.

B.

Zufolge der Allerhöchsten Kabinetsorder vom 30. November 1910 (Gesetzsamml., 1911, S. 21), betreffend die Ueberweisung der Medizinalverwaltung an das Ministerium des Innern, geht vom 1. April d. J. ab die Zuständigkeit für die Angelegenheiten, welche unter „Medizinalwesen“ die im Kapitel 97a des Staatshaushaltsetats aufgeführten Behörden, Anstalten und Einrichtungen betreffen, auf das Ministerium des Innern über. Das Gleiche gilt von allen anderen Angelegenheiten des öffentlichen Gesundheitswesens, insbesondere von den Heilanstalten und sonstigen Einrichtungen der Fürsorge für Kranke und Gebrechliche mit Ausnahme der Universitätsanstalten und ihres Personals, von der Gesundheitspolizei, sowie von den Angelegenheiten der beamteten und nicht beamteten Aerzte und ihrer Hinterbliebenen, der Zahnärzte, der Apotheker und des Arzneimittelverkehrs, der Hebammen und des niederen Heilpersonals, des Krankenpflegepersonals, der Desinfektoren und der Leichenschauer, sowie der Gesundheitskommissionen, soweit unten nichts anderes bestimmt ist.

Im besonderen bemerken wir folgendes:

I. Es verbleiben dem Ministerium der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten:

1. Die Angelegenheiten des medizinischen, des zahnärztlichen und des pharmazeutischen **Studiums**, sowie der **ärztlichen** und der **zahnärztlichen Vorprüfung**.
2. Die Verleihung des **Professortitels**, sowie die Erteilung der Erlaubnis zur Führung eines außerdeutschen **Doktortitels** und eines außerpreußischen Professortitels an Aerzte, Zahnärzte, Apotheker und sonstige Angehörige der Medizinalverwaltung.
3. Das **Institut für experimentelle Therapie** in Frankfurt a. M.

II. Zu dem an das Ministerium des Innern übergehenden Geschäftsbereich gehören insbesondere auch:

1. Die **Wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen**, der **Apothekenrat** und die **technische Kommission für pharmazeutische Angelegenheiten**.
2. Das **Institut für Infektionskrankheiten** in Berlin, die **Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung** in Berlin, die **Hygienischen Institute** in **Posen, Beuthen** (Oberschlesien) und **Saarbrücken**, die **Medizinal-Untersuchungsämter** und **-stellen**, die **Impfanstalten**.
3. Die Inanspruchnahme des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., sowie der Universitäts- und sonstigen Institute, soweit sie Aufgaben der Medizinalverwaltung erfüllen.
4. Die Bearbeitung der Vorschriften über die **Prüfungen** der Kreisärzte, Aerzte, Zahnärzte, Apotheker und Nahrungsmittelchemiker, die Angelegenheiten dieser Prüfungen, das **Praktische Jahr** der Mediziner und die Erteilung der Ermächtigung zur Beschäftigung von Medizinalpraktikanten an Krankenanstalten und Institute; die **Erteilung der Approbation** als Arzt, Zahnarzt oder Apotheker, auch in den Fällen, in denen sie unter Befreiung von den ärztlichen, den zahnärztlichen oder den pharmazeutischen Prüfungen erfolgt, sowie die Erteilung des Ausweises als Nahrungsmittelchemiker.

5. Die Angelegenheiten des ärztlichen, des zahnärztlichen und des pharmazeutischen Berufes, die Fortbildung der Aerzte, Zahnärzte und Apotheker, einschließlich der Akademien für praktische Medizin in Cöln und Düsseldorf, sowie die Zentralkomitees für das ärztliche und für das zahnärztliche Fortbildungswesen in Preußen.
6. Die Angelegenheiten, betreffend Anlage, Bau, Einrichtung und Betrieb der Kranken-, Irren-, Entbindungs- usw. Anstalten, einschließlich der Säuglings-, Wöchnerinnen- und Krüppelheime.
7. Die staatliche Prüfung der Krankenpflegepersonen, die Krankenpflegeschulen und Prüfungskommissionen, der Schutz des Genfer Konventionszeichens und der Tracht von Krankenpflegepersonen, sowie die Auszeichnung von solchen Personen.
8. Alle sonstigen Angelegenheiten der gesundheitlichen Fürsorge und der Kranken-, Irren-, Krüppel- und Säuglingsfürsorge.
9. Die Aus- und Fortbildung der Hebammen, besonders die Hebammenlehranstalten.
10. Die Nahrungsmittelkontrolle (mit Ausnahme der Fleischbeschau) und die Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs.
11. Das öffentliche Badewesen, die gesundheitlichen Angelegenheiten der Kur- und Badeorte, sowie die Anerkennung von Mineral- und Thermalquellen als „gemeinnützige" im Sinne des Quellenschutzgesetzes.

Gutachten der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen. Allgemeine Verfügung des Justizministers vom 11. Februar 1911 an die nachgeordneten Behörden.

Alle Anträge auf Erstattung von Gutachten der Königlichen Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen sind bei dem Justizminister zu stellen. Das Gleiche gilt, wenn gemäß § 255 Abs. 2 Str. Pr. O. die mündliche Vertretung solcher Gutachten in der Hauptverhandlung beantragt wird.

Die Anträge sind unter Darlegung der besonderen Wichtigkeit des Falles oder der zur Einholung des Gutachtens nötigen Zweifel zu begründen.

Die Allgemeinen Verfügungen vom 6. Juli 1887 und 17. Februar 1891 werden aufgehoben.

Durchführung des Impfgeschäfts. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 10. März 1911 — M. Nr. 13465/10 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Im Hinblick auf die bevorstehenden öffentlichen Impfungen ersuche ich Ew. Hochwohlgeboren ergebenst, die nachgeordneten Behörden mit Anweisung dahin zu versehen, daß sie der Durchführung des Impfgeschäfts ihre besondere Aufmerksamkeit zuwenden.

Den Impfärzten ist zur Pflicht zu machen, bei der Ausführung der Impfung die aseptischen Vorsichtsmaßregeln mit tunlichster Sorgfalt zu beobachten. Kinder, welche mit unsauberer Wäsche und ungewaschenem Körper zum Impftermine erscheinen, sind, soweit sich dieser Mangel nicht im Termin selbst noch beheben läßt, von der Impfung zurückzuweisen. Jedem Kinde ist unmittelbar vor Anlegung der Impfschnitte der betreffende Oberarm mit einem mit Alkohol getränkten Bausch steriler Watte abzureiben und erst zu impfen, nachdem der Alkohol vollkommen verdunstet ist. Die Impfschnitte sind mit frisch sterilisierten Instrumenten anzulegen und dürfen unter keinen Umständen länger als 1 und näher aneinander als 2 cm sein. Auch ist jeder Schnitt bei Anspannung der Haut des Oberarmes so seicht anzulegen, daß keine Blutung erfolgt. Nach der Impfung sind die Kinder so lange unter Aufsicht zu halten,

bis die Lymphe vollkommen getrocknet ist, auch ist darauf zu achten, daß die Angehörigen nicht etwa die Wunden aussaugen oder abwischen, wie es von impfgegnerischer Seite anempfohlen wird. Die Angehörigen der Kinder sind sowohl beim Impf-, als auch beim Nachschautermin darauf aufmerksam zu machen, daß sie von jedem ungewöhnlichen Verlauf der Impfung und von jeder Erkrankung, die in den auf diese folgenden 14 Tagen sich ereignen sollte, dem Impfarzt Mitteilung machen.

Auf Sauberkeit und ausreichende Lüftung der Impflokale ist zu achten. Auch ist Sorge dafür zu tragen, daß den Angehörigen der Impflinge die Verhaltungsvorschriften nicht erst beim Impftermin selbst, sondern eine angemessene Zeit vorher ausgehändigt werden.

Es ist streng darauf zu halten, daß der Impftermin im Verhältnis zu der zu impfenden Zahl der Kinder nicht zu kurz bemessen und daß, wenn mehrere Termine an demselben Tage und Ort stattfinden, sie nicht zu schnell aufeinander folgen, damit genügend Zeit zur Lüftung des Impflokals verbleibt.

Sie wollen sich die Listen der Impftermine vorlegen und möglichst viele durch die zuständigen beamteten Aerzte revidieren lassen.

Ueberwachung des Verkehrs mit glasiertem Kaffee und mit Kaffeeglasurmitteln. Erlaß der Minister für Medizinalangelegenheiten für Handel und Gewerbe und des Innern vom 27. Februar 1911 — M. f. H. u. G. II b Nr. 1573, M. d. g. A. M. Nr. 5271, M. d. I. II d. Nr. 616 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Bei einer Untersuchung von Kaffeeglasurmitteln hat das Hygienische Institut in Hamburg ein unter der Bezeichnung „Simal“ von der Firma Max Simon jr. in Hamburg in den Verkehr gebrachtes Kaffeeglasurmittel angetroffen, welches erhebliche Mengen Arsen enthält und daher geeignet ist, den damit behandelten Kaffee eine gesundheitsschädliche Beschaffenheit zu erteilen.

Wie die weitere, durch das genannte Institut vorgenommene Untersuchung ergeben hat, besteht das Erzeugnis zu einem Drittel aus Kolophonium und zu zwei Dritteln aus Schellack, der, wahrscheinlich zum Zwecke der Auffärbung, mit Arsentrisulfid, einem unter der Bezeichnung Auripigment bekannten gelben Mineralfarbstoffe, versetzt worden ist. Der Gehalt des Schellacks an Arsen ergab sich zu 0,12%, während sich das verwendete Kolophonium als arsenfrei erwies.

Im Hinblick darauf, daß viele Kaffeeglasurmittel zum Teil oder ausschließlich aus Schellack bestehen und die Möglichkeit somit vorliegt, daß zu ihrer Herstellung mehrfach arsenhaltiger Schellack verwendet wird, ist es erwünscht, daß seitens der mit der Nahrungsmittelkontrolle beauftragten Untersuchungsanstalten dem Verkehre mit glasiertem Kaffee und Kaffeeglasurmitteln auch nach dieser Richtung hin Beachtung zugewendet wird. Nach § 1 des Farbengesetzes vom 5. Juli 1887 (Reichs-Gesetzblatt S. 277) „dürfen gesundheitsschädliche Farben zur Herstellung von Nahrungs- und Genußmitteln, welche zum Verkaufe bestimmt sind, nicht verwendet werden. Gesundheitsschädliche Farben im Sinne dieser Bestimmung sind diejenigen Farbstoffe und Farbzubereitungen, welche . . . . . Arsen . . . . . enthalten“. Danach ist die Verwendung des in Rede stehenden Glasurmittels gemäß § 12 des genannten Gesetzes strafbar, und das Inverkehrbringen eines mit Hilfe dieses Mittels glasierten Kaffees würde auf Grund des § 12 des Nahrungsmittelgesetzes verfolgbar sein.

Wir ersuchen ergebenst, die mit der Kontrolle des Nahrungsmittelverkehrs betrauten Stellen, insbesondere die Nahrungsmittel-Untersuchungs-Anstalten mit entsprechender Weisung zu versehen.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 8. 20. April. 1911.

Rechtsprechung.

Fahrlässige Tötung durch einen Kurpfuscher infolge nicht rechtzeitiger Zuziehung eines Arztes behufs Vornahme einer Operation bei Brustkrebs. Urteil des Reichgerichts (V. Str.-Sen.) vom 7. Februar 1911.

Für die weiter gerügte Verletzung der §§ 244, 245 der Strafprozeßordnung fehlt jede Unterlage; nach der eigenen Darstellung der Revision sind die Sachverständigen und Zeugen, über deren Nichtvernehmung Beschwerde geführt wird, zur Hauptverhandlung nicht geladen gewesen, es kann sich also nicht um einen Verstoß gegen § 244 der Strafprozeßordnung handeln. Das Gericht hat auch die Beweiserhebung nicht deshalb abgelehnt, weil die Beweismittel oder die zu beweisenden Tatsachen zu spät vorgebracht seien; die Voraussetzungen des § 245 der Strafprozeßordnung lagen überhaupt nicht vor.

Die Revisionsbeschwerde ist aber dahin zu verstehen, daß die Verteidigung durch die Ablehnung der in der Hauptverhandlung gestellten Beweisanträge unzulässig beschränkt worden sei, mithin eine Gesetzesverletzung im Sinne des § 377 Nr. 8 der Strafprozeßordnung vorliege, und deshalb war zu prüfen, ob die Ablehnung der Beweisanträge ohne Schmälerung der Verteidigung erfolgen durfte.

Was zunächst die Sachverständigen anlangt, so sollten vier vom Verteidiger namhaft gemachte Personen gehört werden, ob nach dem heutigen Stande der Wissenschaft Krebs ohne operativen Eingriff heilbar sei. Das Gericht, das in der Hauptverhandlung bereits fünf Sachverständige vernommen hatte, hat die Vernehmung dieser weiteren Sachverständigen mit der Begründung abgelehnt, daß die Vernehmung für die Entscheidung nicht erforderlich erscheine. Ergänzend ist in der Urteilsbegründung ausgeführt, der Beweisantritt sei nach den eigenen Schutzbehauptungen des Angeklagten gegenstandslos gewesen, weil er selbst im vorliegenden Falle eine Operation für erforderlich gehalten und stets aufs eindringlichste dazu geraten haben wolle. Diese Erwägung läßt keinen Rechtsirrtum erkennen: wenn Angeklagter, wie die Urteilsfeststellungen bestätigen, sich damit verteidigt hat, daß er von vornherein das Leiden als Krebs erkannt und vom ersten Augenblick an zu einer Operation geraten habe, so war eine Feststellung darüber, ob Krebs ohne Operation heilbar sei, im Interesse der Verteidigung nicht erforderlich. Ueberdies war es lediglich Sache des richterlichen Ermessens, ob außer den bereits vernommenen noch weitere Sachverständige zugezogen werden sollten (§§ 73, 83 Str. P. O.). Hiernach kann in der Ablehnung des Antrages auf Vernehmung der Sachverständigen keine unzulässige Beschränkung der Verteidigung gefunden werden.

Der weitere Antrag war auf Vernehmung einer Anzahl von Zeugen gerichtet, die bekunden sollten, daß sie durch die Behandlung des Angeklagten von Krebs und anderen Krankheiten geheilt worden seien. Das Gericht hat die Vernehmung dieser Zeugen abgelehnt, da sie als Tatsache nur zu bekunden imstande seien, daß sie geheilt seien, nachdem sie vom Angeklagten behandelt waren, diese Tatsache aber als richtig unterstellt werde. Die Revision macht nicht ohne Grund geltend, daß das Gericht vor der Vernehmung der Zeugen nicht habe wissen können, welche Tatsachen sie zu bekunden imstande sein würden, und daß deshalb die Zeugen hätten vernommen werden müssen, wenn nicht die in ihr Wissen gestellten Tatsachen im vollen Umfange

als wahr hätten unterstellt werden sollen. Die hiernach in der Bescheidung des Antrages enthaltene unzulässige Vorwegnahme des Ergebnisses der Beweiserhebung gefährdet aber den Bestand des Urteils nicht; denn die Frage, ob andere Personen vom Angeklagten ohne Operation geheilt worden sind, konnte vom Gericht als unerheblich für die Entscheidung angesehen werden, da der Angeklagte im vorliegenden Falle selbst erklärt hat, er habe das Leiden sofort als Krebs erkannt und eine Operation für erforderlich gehalten. Die Urteilsbegründung spricht auch keineswegs gegen die Annahme, daß das Gericht bei seiner Entscheidung mit der Wahrheit der vom Angeklagten aufgestellten Behauptung in ihrem vollen Umfange gerechnet hat. Mithin ist die Verteidigung jedenfalls nicht in einem für die Entscheidung wesentlichen Punkte beschränkt worden.

Materiell ist die Verurteilung gerechtfertigt. Es ist sowohl das fahrlässige Verschulden, als auch der Kausalzusammenhang mit genügender prozessualer Begründung und rechtsirrtumfrei nachgewiesen. Das Gericht geht davon aus, daß bei sachgemäßer Behandlung, insonderheit durch einen rechtzeitigen operativen Eingriff eine Heilung der Frau Kl. hätte erzielt, mindestens aber ihr Tod hätte erheblich hinausgeschoben werden können. Der Angeklagte hat nach Annahme des Gerichts eine Operation selbst für erforderlich gehalten und trotzdem unterlassen, die Patientin zur Vornahme einer solchen zu bewegen, sogar von der Operation abzuraten, bis es zu spät war. In diesem Verhalten konnte unbedenklich eine Versäumung der ihm als Heilkundigen obliegenden Pflichten und darüber hinaus eine positive schuldhafte Handlung gefunden werden. Es ist festgestellt, daß die von ihm verordneten Medikamente für die Krebsbehandlung völlig wirkungslos sein mußten und auch waren, und ferner als erwiesen angenommen, daß er die eingetretene Folge, nämlich den beschleunigten letalen Ausgang der Krankheit, als möglich und sogar wahrscheinlich erkennen muß.

Die Behauptungen, die in der Revisionsbegründungsschrift zum Nachweise dafür aufgestellt sind, daß das Gericht einen Kausalzusammenhang zwischen der Behandlung des Angeklagten und dem Tode der Frau Kl. hätte verneinen müssen, stehen durchweg im Widerspruch zu den tatsächlichen Feststellungen. Hinsichtlich der Stellungnahme der Patientin selbst zu der Frage der Operation ist im Urteil gesagt, Frau Kl. habe ein blindes Vertrauen zu dem Angeklagten besessen und gerade mit Rücksicht darauf, daß dieser eine Operation für nicht erforderlich erklärte, davon abgestanden; sie würde sich, wenn sie auch Furcht vor einer Operation hatte, dieser unterzogen haben, wenn der Angeklagte nicht direkt davon abgeraten und Heilung ohne Operation versprochen hätte.

Dieser Feststellung gegenüber ist die Revisionsbehauptung, daß die Patientin sich auch dann nicht hätte operieren lassen, wenn der Angeklagte ihr noch energischer, als er es getan, zur Operation geraten hätte, nicht beachtlich.

Da auch die Voraussetzungen für die Anwendung des § 21 Abs. 2 des Strafgesetzbuches in der Urteilsbegründung hinreichend nachgewiesen sind, und eine sonstige Rechtsverletzung nirgends zutage tritt, war die Revision zu verwerfen.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Gewährung von Reisekostenbauschvergütungen an die Kreismedizinalbeamten. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 7. März 1911 — M. Nr. 488 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Zur Gewährung von Reisekostenbauschvergütungen an die Kreismedizinalbeamten des dortigen Regierungsbezirkes für die von ihnen innerhalb ihres Amtsbezirkes auf Staatskosten auszuführenden Dienstreisen stelle ich für das Etatsjahr 1911 die gleiche Summe wie für das Etatsjahr 1910 zur Verfügung.

Ich ersuche ergebenst, den überwiesenen Betrag auf die einzelnen

Kreismedizinalbeamtenstellen des dortigen Bezirkes nach Maßgabe der in dem Erlasse vom 10. März 1908 — M. 535 – (Minist.-Blatt S. 132 ff.) bezeichneten Gesichtspunkte und unter Berücksichtigung der in den letzten Jahren hinsichtlich der Reisetätigkeit der Kreisärzte gemachten Erfahrungen zu verteilen. Die Bauschvergütungen sind in der Rechnung der dortigen Regierungshauptkasse von der Medizinalverwaltung für 1911 bei Kap. 97a Tit. 8 in der Medizinalverwaltung des dortigen Bezirkes zugesetzt werden.

Sofern die überwiesene Summe für das Etatsjahr 1911 nicht in der gleichen Weise wie für 1910 verteilt wird, ersuche ich, mir von der Festsetzung der einzelnen Bauschvergütungen Mitteilung zu machen.

B. Königreich Bayern.

Bekämpfung der Tuberkulose. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 29. März 1911.

Am 20. November v. J. wurde der Bayerische Landesverband zur Bekämpfung der Tuberkulose als eingetragener Verein mit dem Sitze in München gegründet.

Der Verband verfolgt nach seiner Satzung den Zweck, im Königreiche die Tuberkulose als Volkskrankheit in planmäßiger und einheitlicher Weise, jedoch unter Wahrung der Selbständigkeit der einzelnen, der Tuberkulosebekämpfung dienenden Einrichtungen zu bekämpfen. Er sammelt insbesondere die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung und praktischer Erfahrung auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung und sucht die hienach geeigneten Bekämpfungsmaßnahmen im Zusammenwirken mit staatlichen und gemeindlichen Behörden, mit Vereinen, Gesellschaften und Einzelpersonen durchzuführen und zu diesem Zwecke Geldmittel aufzubringen.

Der Verein besitzt in seinem Arbeitsausschusse, der aus Hochschullehrern, Spezialärzten für die Tuberkulose, amtlichen Aerzten, Verwaltungsbeamten und sonstigen sachkundigen Personen besteht und dessen Mitglieder sich satzungsgemäß aus den Angehörigen der 8 Kreise zusammensetzen, ein beratendes Organ für alle einschlägigen Fragen.

Die Bestrebungen des Landesverbandes verdienen die tunlichste Förderung.

Dem Kampf gegen die Tuberkulose kommt für die Wirtschaft und die Wehrkraft des Volkes eine ähnliche Bedeutung wie der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit zu. Die Zurückdämmung der Tuberkulose liegt außerdem im unmittelbaren Interesse der Träger der Arbeiterversicherung und der an der Tragung der Armenlasten beteiligten öffentlichen Körperschaften, da die weitaus überwiegende Zahl der Todesfälle an Tuberkulose auf das arbeitsfähige Alter entfällt und der meist langwierige Verlauf der Krankheit eine erhöhte Einbuße an der Gesamtarbeitskraft des Volkes und damit große Aufwendungen aus Mitteln der Arbeiterversicherung und der Armenpflege zur Folge hat.

Nach dem Ergebnis der zu Anfang dieses Jahres durchgeführten Erhebungen ist in Bayern der Kampf gegen die Tuberkulose bereits in anerkennenswertem Umfange aufgenommen worden. Hierauf darf auch neben der Besserung der allgemeinen wirtschaftlichen und hygienischen Verhältnisse der fortschreitende Rückgang der Todesfälle an Tuberkulose, sowie die Verschiebung der Todesfälle in ein höheres Alter zurückgeführt werden.

Es bestehen zurzeit in Bayern:

12 Heilstätten für Lungekranke mit zusammen 1034 Betten,

2 Anstalten für skrofulöse und an der Tuberkulose bedrohte Kinder mit zusammen 223 Betten,

3 Walderholungsstätten für Erwachsene mit zusammen 350 Plätzen und 2 Walderholungsstätten für Kinder mit zusammen 90 Plätzen und 45 Betten,

76 Fürsorgestellen für Lungenkranke.

Im Bau begriffen sind 2 weitere Walderholungsstätten; die Errichtung von 3 Walderholungsstätten und 13 Fürsorgestellen ist in Aussicht genommen.

So erfreulich das Bild ist, daß hiernach die Erhebungen hauptsächlich dank einer durch Versicherungsanstalten und Gemeinden unterstützten, privaten

Vereinstätigkeit ergeben haben, so bedürfen doch die bestehenden Einrichtungen noch eines weitgehenden Ausbaues, wenn die Bekämpfung der Tuberkulose zu einem allgemeineren und rascheren Erfolge führen soll. Dies gilt namentlich von den **Fürsorgestellen**. Diese fehlen noch in vielen Bezirken, in denen die Tuberkulose eine große Verbreitung besitzt oder die Gefahr einer Verbreitung der Krankheit nach der Zusammensetzung, den Wohnungs- und Beschäftigungsverhältnissen der Bevölkerung besteht. Der Landesverband hat in der Erkenntnis, daß ein über das ganze Land verbreitetes, dichtes Netz von Fürsorgestellen und eine planmäßige einheitliche Tätigkeit der Fürsorgestellen eines der wirksamsten Mittels zur Minderung der Tuberkulose ist, in seiner ersten Beratung des Arbeitsausschusses Leitsätze für die Errichtung und den Betrieb von Fürsorgestellen aufgestellt. Aus den Leitsätzen, die in der Anlage abgedruckt sind, geht hervor, daß die Fürsorgestellen mit verhältnismäßig geringem Aufwande errichtet und betrieben werden können.

Die Regierungen werden nach gutachtlicher Einvernahme der Kreismedizinalräte, die Distriktsverwaltungsbehörden im Benehmen mit den Bezirksärzten darauf hinwirken, daß dort, wo ein Bedürfnis besteht, Fürsorgestellen errichtet werden und daß bestehende Fürsorgestellen ihren Betrieb tunlichst den Leitsätzen anpassen. Für die Bemessung des Bedürfnisses wird auch die Veröffentlichung in Heft 2 — Jahrgang 1910 — der Zeitschrift des K. Bayer. Statistischen Landesamts „Die Lungentuberkulose und ihre Bedeutung in Bayern" eine Handhabe bilden. Wo praktische Aerzte für die Uebernahme der Beratung in den Fürsorgestellen nicht zu gewinnen sind, kann die Beratung auch von den Bezirksärzten in Erfüllung ihrer allgemeinen, auf die Besserung der gesundheitlichen Verhältnisse ihres Amtsbezirkes gerichteten Dienstesaufgaben übernommen werden.

Hierbei wird darauf hingewiesen, daß die Vorschriften über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, die demnächst erlassen werden, eine beschränkte Anzeigepflicht für Tuberkulose — namentlich für Todesfälle an offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose und für den Wohnungswechsel von Personen, die an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose erkrankt sind — bringen und den Regierungen sowie den Distriktsverwaltungsbehörden die Ermächtigung einräumen werden, eine weitergehende Anzeige für Erkrankungen an offenen Lungen- und Kehlkopftuberkulose in Fällen vorzuschreiben, in denen die Kranken infolge ungünstiger Wohnungsverhältnisse ihre Umgebung erheblich gefährden. Der diesen Vorschriften zu Grunde liegende Zweck, durch geeignete Maßnahmen eine Verbreitung der Krankheit zu verhüten, wird eine wesentliche Förderung erfahren, wenn die Distriktsverwaltungsbehörden in geeigneten Fällen die unterstützende Tätigkeit von Fürsorgestellen in Anspruch nehmen können.

Die Regierungen und Distriktsverwaltungsbehörden werden weiter darauf hinwirken, daß die Kreise, Distrikte und Gemeinden in ihren Haushaltsplänen angemessene Mittel zur Bekämpfung der Tuberkulose, namentlich zur Unterstützung von Fürsorgestellen und anderen der Tuberkulosebekämpfung dienenden Anstalten und Einrichtungen bereitstellen und daß diese Körperschaften, ferner Vereine, Gesellschaften und Einzelpersonen, die sich auf diesem Gebiete betätigen, dem Landesverbande als Mitglieder beitreten und in sonstiger Weise dessen Bestrebungen unterstützen.

Beitrittserklärungen sind an den Vorsitzenden des Landesverbandes, Herrn Hofrat Dr. **May** in München, Prinz Ludwigstraße 14, oder an die Geschäftsstelle des Verbandes „München", Herrnstraße 10, zu richten. Die Mitgliederbeiträge, die jährlich für natürliche Personen 3 Mark, für Körperschaften, Vereine und Gesellschaften 5 Mark betragen, sind an den Schatzmeister des Verbandes, Herrn Kommerzienrat Bankdirektor **Seitz** in München, Dresdener Bank, Filiale München, Promenadeplatz 6, einzusenden.

Die Einforderung eines Berichts über den Erfolg der im Vollzuge dieser Bekanntmachung entfalteten Tätigkeit bleibt vorbehalten.

[1]) Von einem Abdruck der Anlage ist abgesehen.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Rapmund**, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 9. 5. Mai. 1911.

Rechtsprechung.

Verpflichtung eines Eigentümers, sein Grundstück in einem solchen Zustande zu erhalten, dass daraus Gefahren, insbesondere auch durch einen gewerblichen Betrieb (Viehhandel und damit verbundenes übermässiges Geräusch der Rinder) für die Nachbarschaft nicht entstehen. Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts (IX. S.) vom 17. Januar 1911.

Gegenstand des Streitverfahrens ist die Anordnung der angefochtenen Verfügung, wonach dem Kläger aufgegeben worden ist, schalldämpfende Einrichtungen an seinem Stalle zu treffen. Der Kläger ist als Eigentümer verpflichtet, sein Grundstück in einem solchen Zustande zu erhalten, daß daraus Gefahren für die Nachbarschaft nicht entstehen können. Auch seinen gewerblichen Betrieb darf er nicht so ausüben, daß dadurch eine Gefährdung der Nachbarn eintritt. Von dieser Verpflichtung kann er sich nicht durch den Hinweis darauf befreien, daß die Nachbargrundstücke erst nach Errichtung seines Viehstalles bebaut und bewohnt worden seien und der behauptete gefahrdrohende Zustand erst durch diese Bebauung und Bewohnung entstanden sein könne. Denn es besteht für die Besitzer der Nachbargrundstücke keine Verpflichtung, mit Rücksicht auf die Benutzung des Grundstücks des Klägers ihre Grundstücke unbebaut oder unbewohnt zu lassen oder besondere Vorkehrungen gegen die aus dem polizeiwidrigen Zustande des klägerischen Grundstücks entstehenden Gefahren zu treffen. Demnach ist zu prüfen, ob durch die jetzige Art der Benutzung des Grundstücks des Klägers, was von diesem bestritten wird, ein für die Gesundheit der Nachbarn gefahrdrohender Zustand hervorgerufen wird, der die angegriffene Anordnung rechtfertigt Unstreitig wird der Stall des Klägers zum Betriebe seines Viehhandels und der damit verbundenen Unterbringung von Vieh benutzt, das auch zur Nachtzeit durch sein Gebrüll Lärm verursacht. Daß durch laute Geräusche eine Gesundheitsgefahr entstehen kann, zu deren Bekämpfung die Polizei auf Grund des § 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts einzuschreiten befugt ist, ist anerkannten Rechts. Es handelt sich demnach nur darum, ob der Lärm, der von dem Grundstück des Klägers ausgeht, ein derartiger ist, daß dadurch die menschliche Gesundheit gefährdet wird. Dies muß nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme bejaht werden. In erster Linie werden von dem Larm im Viehstall des Klägers die Bewohner des nahe gelegenen Hauses des Professors W. und vor allem er selbst betroffen, da er nach seiner eidlichen, vom Kläger nicht bemängelten Aussage sehr häufig in der Nachtruhe durch das Gebrüll der Rinder im Stalle gestört wird. Gleiche Klagen über Störung der Nachtruhe durch das Brüllen der Rinder sind von der Tochter und den beiden Dienstmädchen des Prof. Dr. W. erhoben worden, und auch andere Nachbarn haben sich mehrfach darüber bei der Polizeibehörde beschwert. Daß der Zeuge Prof. Dr. W. zu den besonders empfindlichen Personen gehört, oder daß der nächtliche Lärm im Stall nur auf besonders reizbare Personen gesundheitsschädigend wirkt, kann nach seiner Aussage und dem Gutachten des Geh. Medizinalrats R. nicht angenommen werden. Der Sachverständige hat sich auf Grund der Ortsbesichtigung und der Aussage des Prof. Dr. W. dahin ausgesprochen, daß dessen Gesundheit durch die häufig wiederholte Störung der Nachtruhe infolge des Lärms im Stalle des Klägers gefährdet ist, und daß diese Störung der Nachtruhe unter den jetzigen Verhältnissen auch dann eintritt, wenn Türen und Fenster des Stalles geschlossen gehalten werden. Diesem Gutachten ist beizutreten. Denn auch ohne technisch medizinische Kenntnis ist es klar, daß eine wenn auch nicht alle Nächte, so doch in häufiger

Wiederholung fortgesetzt eintretende Störung der Nachtruhe auch bei Menschen mit normalen Nerven zu einer Gesundheitsschädigung führen kann. Die zum Schutz dagegen unter Ziffer 2 der Verfügung angeordneten Maßnahmen sind nach den Bekundungen der beiden Sachverständigen, denen ohne Bedenken gefolgt werden kann, ein wirksames Mittel, um das Geräusch nach außen hin erheblich abzuschwächen. Ob die angeordneten schalldämpfenden Einrichtungen an den Oeffnungen des Stalles genügen werden, um jede Störung der Nachtruhe auszuschließen — welche Frage die Sachverständigen offen lassen —, ist für die Rechtsgültigkeit der Verfügung ohne Bedeutung, da offenbare Sachwidrigkeit, die zu ihrer Aufhebung führen könnte, nach den getroffenen Feststellungen nicht vorliegt. Die angefochtene Verfügung beruht daher weder auf unrichtiger Rechtsanwendung, noch entbehrt sie der tatsächlichen Voraussetzungen, die die Polizei zu ihrem Erlaß berechtigten, so daß sie aufrecht zu erhalten ist. Daraus ergibt sich die Bestätigung der Vorentscheidung. Die Entscheidung hinsichtlich der Kosten gründet sich auf § 103 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883, wobei der Wert des Streitgegenstandes mit Rücksicht auf die Zurücknahme der Anordnungen zu 1 a und b von der mündlichen Verhandlung in erster Instanz auf 300 M. für beide Instanzen angemessen bestimmt worden ist.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Verkehr mit Arzneimitteln. Kaiserliche Verordnung vom 31. März 1911.

§ 1. Der § 4 der Verordnung, betr. den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 (Reichs-Gesetzbl. 1901, S. 380) wird aufgehoben.

§ 2. Zu den Stoffen, die nach § 2 der Verordnung vom 22. Oktober 1901 und dem zugehörigen Verzeichnis B außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden dürfen, treten hinzu:

Acidum acetylosalicylicum (Aspirinum), Acetylsalicylsäure (Aspirin),
Eukalyptusmittel Heß' (Eukalyptol und Eukalyptusöl Heß'),
Homeriana (auch als Brusttee Homeriana oder russischer Knöterich (Polygonum aviculare Homeriana),
Johannistee Brockhaus (auch als Galeopsis ochroleuca vulcania der Firma Brockhaus),
Knöterichtee, russischer, Weidemanns (auch als russischer Knöterich- oder Brusttee Weidemanns),
Stroopal (auch als Heilmittel Stroops gegen Krebs-, Magen- und Leberleiden, auch Stroops Pulver),
Urea diaethylmalonylica, Acidum diaethylbarbituricum (Veronalum), Diäthylmalonylharnstoff Diäthylbarbitursäure (Veronal).

§ 3. Diese Verkündigung tritt mit dem Tage der Verkündung in Kraft.

Feststellung und Beurteilung der „Erwerbsunfähigkeit" mit Rück-auf die Gewährung von Beihilfen an Kriegsteilnehmer.[1] Bekanntachung des Reichskanzlers vom 24. März 1911 (a)[2] nebst Erlaß ies Ministers des Innern vom 6. April 1911, III 1323 (b).

a) § 3. Eine unterstützungsbedürftige Lage des Kriegsteilnehmers wegen dauernder gänzlicher Erwerbsunfähigkeit (Artikel I Nr. 3) ist als vorhanden anzusehen, wenn er infolge von Alter, schwerem Siechtum, unheilbarer Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd außerstande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, den notwendigen, nicht durch sonstige Einkommensbezüge oder Leistungen unterhaltungspflichtiger Verwandten gedeckten Lebensunterhalt zu verdienen.

---

[1]) Auszug aus den von dem Bundesrat genehmigten Ausführungsbestimmungen zum Gesetz vom 22. Mai 1895 betr. Gewährung usw. (R. G. Bl. Seite 237).

[2]) Die Ausführungs-Bestimmungen vom 24. April 1905 sind dadurch [illegible]ehoben (s. Beila[illegible] Rechtsprechung. 1905, S. 2[illegible]).

Bei Prüfung der Frage, was zum notwendigen Lebensunterhalte gehört, ist ohne Bindung an eine bestimmte Einkommensgrenze unter gewissenhafter Würdigung der gesamten Umstände des Einzelfalles auf die persönlichen und die Familienverhältnisse des Kriegsteilnehmers, sowie auf die wirtschaftlichen Lebensbedingungen an seinem Wohnorte Rücksicht zu nehmen. Für die Würdigung dieser Lebensbedingungen kann die von der höheren Verwaltungsbehörde für die reichsgesetzliche Krankenversicherung getroffene Festsetzung des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter zum Anhalt dienen.

Vorübergehende Erwerbsunfähigkeit, z. B. infolge von Krankheit, genügt nicht.

§ 4. Wird zur Prüfung der Erwerbsunfähigkeit das Gutachten eines Arztes als notwendig erachtet, so soll die Entscheidung möglichst nur auf Grund der Bescheinigung eines beamteten Arztes erfolgen.

---

b) Die Einholung einer ärztlichen Bescheinigung über die Erwerbsunfähigkeit wird sich erübrigen, wenn zweifellos feststeht, daß der Kriegsteilnehmer außerstande ist, den notwendigen Lebensunterhalt zu verdienen. Andernfalls ist, soweit nicht einwandfreie privatärztliche Zeugnisse dies bereits genügend dartun, von Amts wegen, unabhängig von einem etwa schwebenden anderen Rentenverfahren, ein amtsärztliches Gutachten einzuziehen, das, in Prozenten angegeben, zum Ausdruck bringen muß, welcher Grad der Erwerbsfähigkeit bei dem Kriegsteilnehmer noch besteht, und ob dieser Zustand ein dauernder ist. Die allgemeine Angabe, daß der Veteran nicht erwerbsunfähig im Sinne der Ausführungsbestimmungen sei, genügt nicht. Den Kreisärzten ist hiervon Kenntnis zu geben. Die amtsärztlichen Gutachten sind nach meinem Erlasse vom 8. November 1909 — III. 2362 — gebührenfrei. Unter Zugrundelegung des Prozentsatzes der noch bestehenden Erwerbsfähigkeit ist der Betrag zu ermitteln, den der Kriegsteilnehmer noch zu verdienen imstande ist. Reicht dieser Betrag unter Hinzurechnung anderweiter Einkommensbezüge oder der Leistungen unterhaltspflichtiger Verwandten zum notwendigen Lebensunterhalt nicht aus, so kann die Voraussetzung der Unterstützungsbedürftigkeit wegen Erwerbsunfähigkeit als erfüllt angesehen werden.

B. Königreich Preussen.

Schutzpockenimpfung und Impfgesetz. Erlaß des Ministers des Innern vom 26. April 1911 — M. d. Inn. M. 11034 I. — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Der vortragende Rat in meinem Ministerium, Geheime Obermedizinalrat Dr. Kirchner hat unter Benutzung amtlicher Quellen eine Arbeit „Schutzpockenimpfung und Impfgesetz" verfaßt, die in zusammenfassender Darstellung die einschlägigen Fragen erörtert und bei der Durchführung des Impfgeschäfts, wie im Hinblicke auf die lebhafte Agitation der Impfgegner den beteiligten Dienststellen usw. eine geeignete Handhabe bieten dürfte. Euere Hochwohlgeboren (Hochgeboren) übersende ich ergebenst eine Anzahl Exemplare des Werkes mit dem Ersuchen, je ein Stück dem Regierungs- und Medizinalrat, den Kreis- und Gerichtsärzten, den Landräten, den Polizeiverwaltungen der Stadtkreise und den Königlichen Polizeiverwaltungen gefälligst zuzustellen.

Es würde von Wert sein, wenn das Buch auch den Impfärzten zugängig gemacht werden könnte. Die Verlagsbuchhandlung Richard Schoetz in Berlin SW. 48 liefert das Stück zu 1 M. Der Preis ermäßigt sich bei Abnahme von 100 Stück auf 80 Pfg., von 200 Stück auf 70 Pfg.

Zählpapiere zur Morbiditätsstatistik in den Heilanstalten. Erlaß der Minister der usw. Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 21. März 1911 — M. d. g. A. M. Nr. 215, M. d. Inn. Ib Nr. 3479 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In den Berichten auf den Erlaß vom 7. November 1910 — M. 2429 —, betreffend die Zählpapiere zur Morbiditätsstatistik in den Heilanstalten, haben die Mehrzahl der Oberpräsidenten und alle Regierungspräsidenten sich für die Wiedereinführung des Zählkartensystems ausgesprochen. Wir haben daher beschlossen, von einer weiteren Beibehaltung der mit dem Runderlaß vom 22. Dezember 1908 (Min.-Bl. f. Med.-Ang. 1909, S. 64) versuchsweise eingeführten

Tabellenformulare abzusehen und ordnen hiermit an, daß von dem kommenden Kalenderjahre ab unter Verwendung der früheren Zählkarten wieder nach denselben Vorschriften zu verfahren ist, wie sie zuletzt im Jahre 1908 in Geltung waren. Die nötigen Zählkartenformulare werden den Heilanstalten von dem hiesigen Königlichen Statistischen Landesamt alljährlich rechtzeitig zugesandt werden. Eine Sammlung der ausgefüllten Erhebungsformulare durch die Regierungspräsidenten gemäß § 101 der Dienstanweisung für die Kreisärzte (vergl. auch den Erlaß vom 8. April 1910. M. 805 — Min.-Bl. für Med.-Ang. S. 186) findet künftig nicht mehr statt. Das Zählungsmaterial ist vielmehr nach Maßgabe des Erlasses vom 12. Januar 1902 (Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 21) von den Kreisärzten bis zum 1. März j. J. dem Königl. Statistischen Landesamt hier S.W. 68, Lindenstraße 28, unmittelbar einzureichen. Eine entsprechende Aenderung des § 101 der genannten Dienstanweisung bleibt deren nächster Neuausgabe vorbehalten.

Ew. pp ersuchen wir ergebenst, das hiernach Erforderliche gefälligst zu veranlassen.

Aerztliche Untersuchung des Geisteszustandes der Minderjährigen im Laufe eines gerichtlichen Fürsorgeerziehungsverfahrens. Verfügungen des Justizministers vom 9. Januar 1911 an die Gerichte (a) und des Ministers des Innern vom 9. Februar 1911 an sämtliche Herren Oberpräsidenten (b).

a. In der Allgemeinen Verfügung vom 24. Juni 1909 (Just.-Min.-Bl. S. 281) ist es als erwünscht bezeichnet, daß die Vormundschaftsgerichte auch in denjenigen Fällen, in welchen es die Beschlußfassung über die Fürsorgeerziehung an sich nicht erfordert, die Ermittlungen auf die Gesundheitsverhältnisse des Minderjährigen ausdehnen. Es darf jedoch, wie dazu einschränkend bemerkt ist, dadurch weder eine Verzögerung des gerichtlichen Verfahrens eintreten, noch dürfen der Staatskasse Kosten erwachsen, die nach § 15 F. E. G. der Kommunalverband zu tragen hat.

Um die aus der Kostenfrage sich ergebende Beschränkung tunlichst zu beseitigen und eine möglichst allgemeine Feststellung des Geisteszustandes der Minderjährigen zu erreichen, haben sich nach Mitteilung des Herrn Ministers des Innern die sämtlichen zur Ausführung der Fürsorgeerziehung verpflichteten Kommunalverbände Preußens bereit erklärt, in allen geeigneten Fällen dem Vormundschaftsgericht einen zur Vornahme der Untersuchung befähigten Arzt zu benennen und die dem Kommunalverbande von dem Arzte unmittelbar einzusendende Kostenrechnung zu begleichen. Die Zahlung soll auch dann erfolgen, wenn es nicht zur Anordnung der Fürsorgeerziehung kommen sollte.

Indem ich diese Entschließung der Kommunalverbände zur Kenntnis der Justizbehörden bringe, spreche ich die Erwartung aus, daß mit Rücksicht auf die in der Allgemeinen Verfügung vom 24. Juni 1909 dargelegte hohe Bedeutung einer zuverlässigen und rechtzeitigen Erforschung des Gesundheitszustandes der zur Fürsorgeerziehung Ueberwiesenen die Vormundschaftsgerichte nunmehr in allen geeigneten Fällen eine ärztliche Untersuchung des Geisteszustandes der Minderjährigen im Laufe eines gerichtlichen Fürsorgeerziehungsverfahrens herbeiführen werden. Eine Verzögerung des gerichtlichen Verfahrens darf dadurch zwar nicht eintreten; eine solche wird sich jedoch, wenn rechtzeitig die geeigneten Anordnungen getroffen werden, regelmäßig vermeiden lassen.

Ist die ärztliche Untersuchung zur Beschlußfassung über die Fürsorgeerziehung erforderlich, so fallen, wie zur Vermeidung etwaiger Mißverständnisse ausdrücklich bemerkt wird, die Kosten der Untersuchung, wie bisher, den Justizfonds zur Last.

---

b. Abschrift übersende ich unter Bezugnahme auf den Erlaß vom 5. August 1909 (Min.-Bl. f. d. i. V., 1909, S. 179) zur gefälligen Kenntnisnahme und Benachsichtigung des Kommunalverbandes der dortigen Provinz. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung sind Fürsorgeerziehungskosten.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 10. 20. Mai. 1911.

Rechtsprechung.

Für die Reisekosten der Medizinalbeamten sind auch in gerichtsärztlichen Angelegenheiten die Bestimmungen des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 massgebend. Beschluß des preuß. Kammergerichts (II. Str.-S.) vom 21. April 1911.[1])

Der Beschwerdeführer beansprucht für die Wahrnehmung eines gerichtlichen Termins Tagegelder und Reisekosten nach den Sätzen der Königlichen Verordnung vom 14. Juli 1909 betreffend die Tagegelder und Reisekosten der Medizinalbeamten in gerichtlichen Angelegenheiten. Dieser Anspruch ist von der Strafkammer mit Recht zurückgewiesen worden, weil Reisekosten jetzt nur nach den durch das Gesetz betreffend die Reisekosten der Staatsbeamten vom 26. Juli 1910 bestimmten Sätzen bewilligt werden dürfen. Der Beschwerdeführer hält das für unzutreffend, weil die Verordnung vom 14. Juli 1909 noch in Kraft sei und ihre Vorschriften nur durch eine neue Königliche Verordnung abgeändert werden könnten. Diese Ansicht geht fehl.

Nach § 17 des Gesetzes vom 26. Juli 1910 bleiben die gesetzlichen und sonstigen Vorschriften, die für einzelne Dienstzweige oder Dienstgeschäfte über die Tagegelder und Fahrkosten der Beamten ergangen sind, in Kraft, jedoch mit der Einschränkung, daß — abgesehen von hier nicht in Betracht kommenden Einzelfällen — höhere als die im Reisekostengesetz bestimmten Vergütungen nicht gewährt werden dürfen. Daraus folgt, daß überall, wo nach älteren Bestimmungen höhere Sätze, namentlich höhere Kilometergelder zu zahlen waren, eine Ermäßigung dieser Sätze auf die Beträge des Reisekostengesetzes eintreten muß. So wird das Gesetz auch in der Verfügung der Minister des Innern und der Finanzen vom 22. September 1910 (Min.-Bl. i. V. S. 249) ausgelegt. Wenn in § 17 Absatz 1, Gesetz vom 26. Juli 1910 bestimmt wird, daß die in Kraft bleibenden Vorschriften über Tagegelder usw. durch Königliche Verordnung abgeändert werden könnten, so bezieht sich diese Ermächtigung zum Erlaß neuer Anordnungen nur auf die allgemeinen Voraussetzungen, unter denen Reisekosten überhaupt bewilligt werden dürfen. Das ergibt sich einmal aus der Stellung dieser Vorschrift im Gesetz, wo sie sich unmittelbar an den auf die weitere Fortdauer älterer Bestimmungen bezüglichen Satz anschließt. Erst dann folgt die Vorschrift über die Beschränkung älterer höherer Sätze auf den Stand nach dem neuen Gesetz. Diese Vorschrift wäre nicht erforderlich gewesen, wenn nach dem Willen des Gesetzgebers auch die Abänderung höherer Gebührensätze nur durch Königliche Verordnung hätte erfolgen sollen. Daß das Erfordernis einer Königlichen Verordnung sich nur auf die Voraussetzungen für Bewilligung von Reisekosten beziehen kann, ergibt weiter der Absatz 3 des § 17, der eine etwaige neue Anordnung auf die Gebührensätze des Gesetzes beschränkt.

---

[1]) In gleichem Sinne haben in jüngster Zeit das Oberlandesgericht in Posen (Str.-S.; Beschluß vom 18. März 1911) und das Landgericht in Königsberg i. Pr. (Str.-S.; Beschluß vom 7. März 1911) entschieden; während das Landgericht in Cleve (Z.-K.; Beschluß vom 8. April 1911) noch den entgegengesetzten Standpunkt vertreten hat. Durch das obenstehende Urteil des Kammergerichts ist die strittige Frage nunmehr endgültig entschieden, was im Interesse der Sache nur erwünscht ist, wenn die Entscheidung auch, wie übrigens aus dem Wortlaut des Gesetzes zu erwarten stand, zu Ungunsten der Medizinalbeamten ausgefallen ist.

Anspruch auf Tagegelder, falls die Rückreise nach Vornahme einer Obduktion erst am folgenden Tage beendet werden konnte. Beschluß des Königlichen Landgerichts (Strafkammer I) Guben vom 15. März 1911.

Dem Beschwerdeführer sind als ärztlichem Sachverständigen für eine am 10. September 1910 zu Bremsdorf ausgeführte Obduktion insgesamt 62,90 M. Entschädigung, darunter 9 M. Tagegelder, gezahlt worden. Letztere sind demnächst auf Erinnerung des Rechnungsamts beim Kammergericht durch das zahlende Amtsgericht zu Fürstenberg a. O. als durch das Gesetz vom 14. Juli 1909 — G.-S. S. 625 — nicht begründet wieder eingezogen worden. Hiergegen richtete sich die früher zurückgewiesene Beschwerde des Kreisarztes. Bei nochmaliger Prüfung der Sach- und Rechtslage gelangt das Beschwerdegericht zu anderweitigem Ergebnis. Der Tagegeldanspruch wird geltend gemacht, weil die zur Vornahme des Geschäfts benötigte Dienstreise erst am folgenden Tage, dem 11. September 1910, beendet werden konnte.

Dem Sachverständigen stehen nach § 7 obigen Gesetzes und A. II Nr. 6 des Tarifs demnach zu

a) für den 10. September: 24 Mark, sowie
b) nach § 1 der Verordnung vom 14. Juli 1909 — G.-S. S. 635 — für den 11. September 1910: 9 Mark.

Eine Anrechnung der Tagegelder für den 11. auf die amtliche Verrichtung am 10. September ist nach diesen Vorschriften nicht zulässig.

Hiernach war in der Sache von Amtswegen anderweitig wie geschehen zu entscheiden.

Fahrlässige Körperverletzung durch einen Spezialarzt. Urteil des Reichsgerichts (IV. Str.-S.) vom 28. März 1911.

Der praktische Arzt und Spezialarzt für Frauenleiden Dr. Is. K. zu Graudenz hatte sich bei der Behandlung der Hebamme Ehefrau H., einer gesunden kräftigen Frau, die über Schmerzen im Unterleib klagte, mehrere Verstöße gegen die einfachsten Regeln der Aseptik zuschulden kommen lassen, indem er beim ersten und zweiten Besuche weder seine Instrumente, die, Spritzer von schwärzlicher Farbe zeigten, noch die Hände gewaschen hatte, auch eine weitere notwendige Waschung nicht von ihm vorgenommen worden war. Ferner hatte er bei der Behandlung mehrfach gegen Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen, indem er eine erste Auskratzung ohne vorherige Untersuchung und ferner in Längslage vorgenommen hatte; eine zweite von ihm vorgenommene Auskratzung war nach Aussage der Sachverständigen unsachgemäß und gefährlich, da die H. damals bereits fieberte. Ferner war die Behandlung der H. auf Rheumatismus falsch; Dr. K. hätte dies spätestens erkennen müssen, als bei einer Sektion sich schwärzlicher Eiter zeigte. Dr. K. hatte, als der Ehemann seine Frau hatte ins Krankenhaus bringen wollen, ihm abgeraten mit den Worten: „Sie müssen viel Geld haben, daß sie ihre Frau in diese Mördergrube bringen wollen, von der keine Frau herauskommt.“ Als der Mann den Arzt Dr. v. K. hinzuziehen wollte, meinte er: „Sie werden Ihre Frau doch nicht in die Mördergrube bringen wollen.“ Im Krankenhaus wurde dann festgestellt, daß die Patientin an einer sehr weit vorgeschrittenen Eiterung in der Lendengegend litt, später dann noch, daß sich Blasensteine gebildet hatten. Durch sein Verhalten bei der Operation hatte Dr. K. nach dem überwiegenden Gutachten der Sachverständigen eine Infektion und durch seine spätere Behandlung schweres Siechtum der Frau H. verursacht; Frau H. ist heute noch nicht geheilt, muß auf Krücken gehen, und es ist sehr fraglich, ob sie überhaupt jemals wieder ihren Beruf wird ausüben können. Dr. K. war deshalb vom Landgericht Graudenz wegen fahrlässiger Körperverletzung zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt worden, da er durch sein Verhalten die ihm als Spezialarzt im besonderen Maße obliegende Pflicht zur besonderen Aufmerksamkeit verletzt habe. In seiner beim Reichsgericht anstehenden Revision rügte Dr. K. insbesondere, daß ein von ihm gestellter Antrag auf Einholung eines Obergutachtens des Obermedizinalkollegiums vom Gericht zu Unrecht abgelehnt, ferner der Kausalzusammenhang zwischen der Vereiterung des Beckenzellgewebes und der ihm zur Last gelegten Fahrlässigkeit nicht genügend festgestellt und Fahrlässigkeit, sowie Voraussehbarkeit der Folgen

nicht hinreichend begründet worden sei. Gemäß dem Antrage des Reichsanwalts erkannte jedoch der höchste Gerichtshof auf Verwerfung der Revision, da die erhobene Prozeßbeschwerde unbegründet sei und die Verurteilung materiell in keiner Weise zu Bedenken Anlaß gebe.

Beilegung eines „arztähnlichen" Titels. „Biol. med. Ambulatorium für Harn- und Geschlechtskrankheiten, W. H., Dir.". Urteil des bayerischen Obersten Landesgerichts München vom 4. April 1911.

Im Frühjahr 1910 eröffneten zwei Kaufleute in München eine Anstalt für naturgemäße Behandlung von Krankheiten, insbesondere Geschlechtskrankheiten. Sie hatten keinerlei ärztliche Prüfung bestanden; der eine von ihnen war Buchhalter bei einem Arzte gewesen, der in der Schweiz eine Heilanstalt besitzt; er richtete zuerst mit dem anderen Kaufmanne in der Schweiz eine ähnliche Anstalt ein und gründete dann in Deutschland, in Frankfurt, München und an anderen Orten Filialen. Die Behandlung der Kranken geschah nicht nach den Grundsätzen der medizinischen Wissenschaft, sondern nach dem sogenannten Naturheilverfahren. Von April bis Juni 1910 war der Heilkundige W. H. Direktor der Münchener Anstalt, vom Juni ab trat ein approbierter Arzt an seine Stelle. H. war früher Techniker und Kaufmann; er besuchte später eine Fachschule für Naturheilkunde und übt seit 10 Jahren die Heilkunde aus. Während er noch Direktor der Münchener Heilanstalt war, erschienen in verschiedenen Zeitungen Inserate, in welchen H. seine Anstalt als „biol. med. Ambulatorium" für Harn- und Geschlechtsleiden anpries; in den Annoncen waren die Sprechstunden angegeben, war von mikroskopisch-chemischen Untersuchungen die Rede usw. Seinem Namen setzte H. in diesen Inseraten die abgekürzte Bezeichnung „Dir." vor. Die Inserate wurden von der Polizei beanstandet, späterhin aber gleichwohl beibehalten. Das Amtsgericht erließ gegen H. einen auf 30 Mark lautenden Strafbefehl unter der Beschuldigung, H. habe, ohne als Arzt approbiert zu sein, sein Heilinstitut in einer Weise bezeichnet, daß der Glaube erweckt wurde, er sei eine im Inland geprüfte Medizinalperson. H. erhob Einspruch und wurde vom Schöffengericht zu der im Strafbefehl ausgesprochenen Strafe verurteilt. Zur Begründung seiner gegen das Urteil des Schöffengerichts eingelegten Berufung brachte H. vor, er habe sich nur als Direktor bezeichnet, und das sei er tatsächlich gewesen; der Direktor einer Heilanstalt müsse noch keine Medizinalperson sein. Er habe seinen Patienten immer erklärt, daß er nicht Doktor, sondern Direktor sei. Das Berufungsgericht erachtete einen Nachweis dafür, daß sich H. als Arzt ausgab, nicht für erbracht, teilte jedoch die Anschauung des Vorderrichters, daß er sich einen arztähnlichen Titel beigelegt habe; es führte in seinen Urteilsgründen aus, schon die mit Wissen und Willen des Angeklagten gewählte Bezeichnung der Anstalt als biol. med. Ambulatorium müsse den Anschein erwecken, als handle es sich um ein nach den Grundsätzen der wissenschaftlichen Schulmedizin geleitetes Institut; aus der ganzen Aufmachung der Sache habe das Gericht die Ueberzeugung gewonnen, daß die tatsächlich vorgekommene Verwechslung des Direktortitels mit der allgemein üblichen Bezeichnung des akademischen Doktorgrades erwünscht und erstrebt war. Zur Begründung der gegen das Strafkammerurteil eingelegten Revision führte der Verteidiger aus, der Direktortitel stehe in keinerlei Zusammenhang mit dem Begriff „medizinisches Institut"; die Anschauung, daß sich H. einen arztähnlichen Titel beilegte, indem er sich als Direktor bezeichnete, sei nicht haltbar. Die Revision wurde jedoch vom Obersten Landesgericht als unbegründet kostenfällig verworfen; der Strafsenat billigte die rechtlichen Anschauungen, auf denen das angefochtene Urteil beruht.

„Dr. med. X., Zahnarzt, approbiert in Wien", ist kein unzulässiger arztähnlicher Titel. Urteil des Reichsgerichts (Str.-S.) vom 20. Dezember 1910.

Was die Frage betrifft, ob sich der Angeklagte der Bezeichnung als „Zahnarzt" bedient hat, so bestand kein Anlaß, der Rechtsanschauung entgegen-

zutreten, die der III. Strafsenat dem in Bd. 38 S. 158 der Entscheidungen veröffentlichten Urteile zugrunde gelegt hat. Danach ist der objektive Tatbestand der ersten Alternative des § 147 Ziffer 3 a. a. O. nicht gegeben. Die ohne erkennbaren Rechtsirrtum getroffene Feststellung,[1]) der Angeklagte sei ohne Fahrlässigkeit sich nicht bewußt gewesen, daß die von ihm gebrauchte Bezeichnung zur Irreführung in dem vom Gesetz näher bezeichneten Sinne geeignet sei, schließt aber auch nach § 59 des Strafgesetzbuchs seine Verurteilung nach Maßgabe der zweiten Alternative des § 147 Ziffer 3 aus; denn wie das Reichsgericht in zahlreichen Fällen ausgesprochen hat, findet der § 59 des Strafgesetzbuchs auf strafbare Handlungen jeder Art, daher auch auf diejenigen Anwendung, deren Strafbarkeit auf polizeilichen Erwägungen beruht, es sei denn, daß das Gesetz selbst die Strafbarkeit nur von dem Vorhandensein des objektiven Tatbestandes abhängig macht. Letzteres trifft hier nicht zu. Die gegenteilige Auffassung ist auch der früheren Entscheidung des Reichsgerichts (I. Str.-S.) nicht zu entnehmen. Dort wird der von der Revision vermißte besondere Nachweis dafür, daß der Angeklagte den Willen oder auch nur das Bewußtsein gehabt habe, sich einen arztähnlichen Titel beizulegen, durch den der Glaube erweckt werde, er sei eine geprüfte Medizinalperson, mit der Begründung für nicht erforderlich erklärt, es habe einer besonderen Feststellung in dieser Richtung nicht bedurft, weil diese Merkmale eines vorsätzlichen oder mit dem Bewußtsein der Rechtswidrigkeit vorgenommenen Handelns im Tatbestande des § 147 Ziffer 3 a. a. O. gar nicht enthalten seien. Damit wird nur dem Grundsatz Ausdruck gegeben, daß die vom Gesetze nicht ausdrücklich geforderten, sondern als selbstverständlich vorausgesetzten Tatbestandsmerkmale keiner ausdrücklichen Feststellung bedürfen, wenn sie der Angeklagte nicht bestritten hat.

Suggestive Einwirkungen als begründete Heilfaktoren bei den Erhebungen von Ansprüchen auf Heilungskosten. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 4. April 1911.

Der Lokomotivführer W. war im Jahre 1894 mit dem gesetzlichen Ruhegehalte pensioniert worden. Die Dienstunfähigkeit des Beamten war eingetreten, nachdem er im Jahre 1890 mit seltener Geistesgegenwart die Entgleisung eines auf falsche Weiche gestellten Zuges vermieden hatte. Als Folgen dieses Vorganges hatten sich bei W. traumatische Neurose und Rückenmarksschwindsucht gebildet. Der Eisenbahnfiskus hatte deswegen W. 14 Jahre hindurch, von 1894—1907, jährlich 1200 M. Heilungskosten zugebilligt, die dieser stets zu einer achtwöchigen Kur in dem Bade Oeynhausen verwendet hatte. Diese jährlichen Badereisen in ein und demselben Bade hatten dem Beamten nachweislich auch genützt, so daß sich bei ihm die Idee gebildet hatte, dieses Bad und nur dieses könne ihm Heilung bringen. Im Jahre 1908 kamen dem Fiskus Bedenken, ob eine Kur auch weiterhin zweckmäßig sei; er weigerte sich, abermals 1200 Mark zu zahlen. W. besuchte das Bad aber trotzdem und klagte jetzt gegen den Fiskus auf Zahlung der früheren Summe. Das Landgericht Stettin wies seine Klage ab mit der Ausführung, eine weitere Kur würde dem Beamten zwar subjektiv eine Linderung des Leidens bringen, dasselbe aber objektiv weder völlig noch teilweise bessern können. Auf die Berufung des Klägers erklärte dann das Oberlandesgericht Stettin seine Ansprüche insoweit als gerechtfertigt, als ihm durch einen vier-

[1]) Die Strafkammer hatte festgestellt, daß der Angeklagte bei der Wahl der Aufschrift im wesentlichen einem Rat oder Aufschluß des Polizeipräsidenten entsprochen hatte, an den er sich mit der Bitte um Auskunft über die zulässige Bezeichnung gewandt hatte, und daß er von der ihm durch die Behörde als „einwandfrei" bezeichneten Fassung nur insofern abgewichen war, als er statt der Worte „österreichischer Zahnarzt" oder „als Zahnarzt in Wien approbiert" die Bezeichnung Zahnarzt, „approbiert in Wien" gewählt hatte. Auf Grund der ihm gemachten amtlichen Eröffnung hatte sich der Angeklagte daher für berechtigt gehalten, die gebrauchte Bezeichnung zu führen und war sich deshalb der Möglichkeit einer Irreführung des Publikums nicht bewußt gewesen, daß ihm deswegen der Vorwurf der Fahrlässigkeit nicht gemacht werden könne.

wöchigen Aufenthalte in einem anderen Bade besondere Kosten entstanden sein würden. Angesichts des Widerspruchs der bis dahin vernommenen Sachverständigen hatte das Oberlandesgericht noch den Dr. O.-Berlin gehört und dessen Gutachten seinem Urteile zugrunde gelegt: Danach leide der Kläger außer an einer Arterienverkalkung an traumatischer Neurose und an Rückenmarksschwindsucht. Die traumatische Neurose sei eine direkte Folge der bei der drohenden Zugentgleisung erlittenen nervösen Ueberspannung, das Rückenmarksleiden, wenn auch nicht direkt dadurch entstanden, doch beschleunigt und verstärkt worden. Das Rückenmarksleiden sei durch die langjährigen Kuraufenthalte nachweislich zum Stillstande gekommen oder doch nur noch unwesentlichen Schwankungen unterworfen. Die traumatische Neurose dagegen könne objektiv durch weitere Kuren weder völlig noch auch teilweise gebessert werden. Die in dem Kranken festgewurzelte Idee, daß nur eine achtwöchige Kur in dem früheren Bade ihm Heilung bringen könne, beeinflusse das Leiden wesentlich. Ihre Verwirklichung würde dem Kläger sicherlich suggestiv eine Linderung seines Leidens bedeuten. Da aber die eingebildete Idee ein Teil der Neurose des Kranken sei, die geheilt werden solle, so würde es zweckmäßig sein, dem Wunsche des Klägers nur insoweit nachzukommen, als ihm ein Kuraufenthalt in einem anderen Bade und nur ein solcher von vierwöchiger Dauer zuzubilligen sei. Von den hierfür aufzubringenden Kosten müsse sich der Kläger aber die Aufwendungen abziehen lassen, die er notwendig auch sonst für sich nötig gehabt haben würde. Das Reichsgericht verwarf den Einwand des beklagten Eisenbahnfiskus, daß suggestive Einwirkungen nicht als spezifische Heilfaktoren in Betracht kommen könnten, die allein für den Anspruch auf Zahlung von Heilungskosten maßgebend seien; es wies deshalb die Revision des Eisenbahnfiskus zurück.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Prüfungsgebühren für ärztliche Thermometer. Bekanntmachung des Staatssekretärs des Innern vom 22. April 1911.

Ueber die Höhe der Gebühren für die Prüfung ärztlicher Thermometer bestehen in Interessentenkreisen irrtümliche Annahmen. Es sollen daher die festgesetzten Gebührensätze, an die die amtlichen Prüfungsstellen gebunden sind, nochmals bekannt gemacht werden.

Nach den Prüfungsvorschriften für Thermometer vom 28. April 1909 (veröffentlicht im „Zentralblatt für das Deutsche Reich", Jahrgang 1909, S. 194 ff.) sind an Gebühren zu erheben:

a) für die Prüfung eines gewöhnlichen ärztlichen Thermometers an 3 Stellen	0,50 M.
b) für die Prüfung eines ärztlichen Maximumthermometers an 3 Stellen	0,60 „
c) für die Prüfung eines ärztlichen Minutenmaximumthermometers an 3 Stellen	0.80 „
d) für die Prüfung jeder weiteren Skalenstelle mehr	0,15 „
e) für die Prüfung von Zeigerthermometer je Stück	1,00 „

Außerdem werden für Aufätzen je einer Strichmarke 0,10 M. berechnet.

Das Aufätzen von Strichmarken geschieht in den Prüfungsstellen indes nur dann, wenn Thermometer zur Prüfung eingereicht werden, welche mit den nach § 15, Abs. 2 der Prüfungsvorschriften vorgeschriebenen Strichmarken in den Fabriken ausnahmsweise noch nicht versehen worden sind.

B. Königreich Preussen.

Abänderung der Dienstanweisung für die Kreisärzte in bezug auf ihre vertrauensärztliche Tätigkeit. (Ausstellung von amtsärztlichen Zeugnissen für die Führer von Kraftfahrzeugen und bei Naturalisierungsanträgen über die Militärtauglichkeit der Antragsteller, sowie für Prü-

fang der Ausrüstung der Kauffahrteischiffe mit Arzneimitteln etc.). Erlaß des Ministers des Innern vom 29. April 1911 — M. Nr. 3168 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Bei den Anträgen auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen eines Kraftfahrzeuges ist nach Ziffer I, Abs. 1 Nr. 3 der „Anweisung über die Prüfung der Führer von Kraftfahrzeugen" (R. G. Bl. 1910, S. 437) ein Zeugnis eines beamteten Arztes darüber beizubringen, daß der Antragsteller keine körperlichen Mängel hat, die seine Fähigkeit, ein Kraftfahrzeug sicher zu führen, beeinträchtigen können, insbesondere Mängel hinsichtlich des Seh- und Hörvermögens.

In Ergänzung der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 1. September 1909 bestimme ich im Einverständnis mit den sonst beteiligten Herren Ministern, daß die Ausstellung dieser Zeugnisse zur vertrauensärztlichen Tätigkeit des Kreisarztes (§ 115 der Dienstanweisung) gehört.

Das Gleiche gilt hinsichtlich der nach dem Erlasse des Herrn Ministers des Innern vom 30. Juni 1900 — II b 716 — bei Naturalisierungsanträgen in bestimmten Fällen erforderlichen Zeugnisse über die voraussichtliche Militärtauglichkeit des Antragstellers.

Es hat sich ferner als wünschenswert herausgestellt, auch die Prüfung der Ausrüstung von Kauffahrteischiffen mit Arznei- und anderen Hilfsmitteln sowie mit Lebensmitteln zur Krankenpflege im Sinne des § 15 der Bekanntmachung vom 3. Juli 1905 (R. G. Bl. S. 568) unter die vertrauensärztliche Tätigkeit einzureihen. Nach der bisherigen Rechtslage stellt sich diese Tätigkeit als rein privatärztlich dar, und es würde daher mit Rücksicht auf § 3 Abs. 4 des Kreisarztgesetzes Bedenken unterliegen, daß vollbesoldete Kreisärzte sie übernehmen. Es erscheint aber im allgemeinen wünschenswert, daß diese Tätigkeit von beamteten Aerzten ausgeübt wird, die hierfür nach ihrer Ausbildung besonders geeignet erscheinen.

Der Absatz 2 des § 115 der Dienstanweisung für die Kreisärzte „(Als vertrauensärztliche Verrichtungen kommen . . . in Betracht") erhält hiernach folgende Zusätze:

o. Die Ausstellung der bei Naturalisierungsanträgen erforderlichen Zeugnisse über die voraussichtliche Militärtauglichkeit des Antragstellers.
p. Die Ausstellung der Zeugnisee über die Körperbeschaffenheit von Personen, welche die Erlaubnis zum Führen eines Kraftfahrzeuges nachsuchen (Anweisung über die Prüfung der Führer von Kraftfahrzeugen — R. G. Bl. 1910, S. 437 —).
q. Die Prüfung der Ausrüstung der Kauffahrteischiffe mit Arznei- und anderen Hilfsmitteln sowie mit Lebensmitteln zur Krankenpflege (vgl. § 15 in Verbindung mit §§ 1—5, 7—12 der Bekanntmachung vom 3. Juli 1905, Min.-Bl. f. Med.-Ang. 1906, S. 16 und Bekanntmachung vom 21. Mai 1909, Min.-Bl. f. Med.-Ang., S. 331).

Ich ersuche ergebenst, die Medizinalbeamten hiervon zu verständigen.

Leitfaden für Erste Hilfe usw. Rund-Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 30. März 1911 — M. Nr. 5076 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In dem Verlage von August Hirschwald, hier, N. W. 7, Unter den Linden 68, ist ein in meinem Auftrage von der Medizinal-Abteilung des Ministeriums herausgegebener „Leitfaden für Erste Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen und Unglücksfällen" erschienen. Das in Ganzleinen gebundene Exemplar des Werkes wird zum Preise von 2 M. — ausschließlich Porto — geliefert.

Ew. Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, für die Verbreitung des Werkes, von dem 1 Exemplar beigefügt ist, in geeigneter Weise gefälligst Sorge zu tragen.

C. Königreich Bayern.

Fälschung von Nahrungs- und Genussmitteln. Bekanntmachung der Staatsministerien der Justiz und des Innern vom 15. April 1911.

Die häufigen Klagen über die Fälschung von Nahrungs- und Genußmitteln sind nach der Kriminalstatistik begründet. Die Fälschungen nehmen hauptsächlich um deswillen zu, weil sich die Fälscher die fortschreitenden Errungenschaften der Wissenschaft und Technik dienstbar zu machen wissen. Den Polizeibehörden und den Staatsanwaltschaften erwächst hieraus die Aufgabe, diese Art von strafbaren Handlungen mit gesteigerter Wachsamkeit und mit vermehrtem Nachdrucke zu verfolgen. Besonders gilt dies von den gesundheitsschädlichen Fälschungen; gegen sie ist um so mehr mit Strenge vorzugehen, als sie meistens aus Gewinnsucht begangen werden.

Erfahrungsgemäß knüpfen sich aber schon an die Tatsache allein, daß gegen einen Hersteller von Nahrungs- oder Genußmitteln oder gegen einen Händler mit solchen ein Strafverfahren wegen Fälschung schwebt, wirtschaftliche Nachteile für ihn; häufig wirken diese Nachteile selbst dann noch nach, wenn das Verfahren mit Einstellung oder Freisprechung endete.

Es sollen daher sowohl die Polizeibehörden bei ihren Ermittelungen und bei der Erstattung von Anzeigen als auch die Staatsanwaltschaften bei der Vorbereitung und der Erhebung von Anklagen mit größter Vorsicht und peinlicher Sorgfalt zu Werke gehen. Insbesondere sollen sie schon alsbald erfahrene Sachverständige zuziehen. Dies sind, wenn es sich um die Frage handelt, ob ein Nahrungs- oder Genußmittel gesundheitsschädlich ist oder nicht, die beamteten Aerzte. Steht zunächst nur die Beschaffenheit oder die Zusammensetzung eines Nahrungs- oder Genußmittels in Frage, so kommen die Beamten der öffentlichen Untersuchungsanstalten für Nahrungs- und Genußmittel als Sachverständige in Betracht. Vermöge ihrer ständigen Fühlung mit den beteiligten Kreisen werden sie gewöhnlich auch in der Lage sein, Auskunft darüber zu geben, welche Anforderungen im redlichen Geschäftsverkehr an die Beschaffenheit und Zusammensetzung eines Nahrungs- oder Genußmittels gestellt werden, und welche Gepflogenheiten, Gebräuche und Auffassungen bei Herstellern, Wiederverkäufern und Abnehmern bestehen. In wichtigen oder besonders zweifelhaften Fällen wird es nützlich und zur erschöpfenden Aufklärung dienlich sein, auch Hersteller oder Handeltreibende als Sachverständige zu hören. Dies kann sich namentlich dann empfehlen, wenn das Entstandensein eines neuen Brauches behauptet wird. Die Handelskammern und die Handwerkskammern sind alsdann zu ersuchen, Handel- und Gewerbetreibende als Sachverständige namhaft zu machen.

Für Fragen des Weinbaues und des Weinhandels eignen sich als Sachverständige vorzugsweise die im Hauptberuf angestellten Weinkontrolleure. Es kann auch Fälle geben, in denen es sich empfiehlt, einen Weinbautreibenden oder einen Weinhändler als Sachverständigen zu hören. Es sind alsdann die Vereinigungen für Weinbau und Weinhandel um Vorschläge zu ersuchen.

Alle Strafverfahren wegen Fälschung von Nahrungs- und Genußmitteln sind so rasch als möglich durchzuführen; dies gilt namentlich dann, wenn dem Verderb ausgesetzte Nahrungs- oder Genußmittel beschlagnahmt sind. In solchen Fällen sind Maßregeln zu treffen, durch die dem Verderben oder der Wertminderung der beschlagnahmten Nahrungs- oder Genußmittel entgegengewirkt wird; bei Weinen ist für fachmännische Kellerbehandlung zu sorgen.

Sobald die Beschlagnahme nicht mehr nötig ist, soll ihre Aufhebung veranlaßt werden.

Einführung des Fingerabdruckverfahrens. Verfügung des Staatsministeriums des Innern vom 14. April 1911 an die K. Regierungen, Kammern des Innern, die Magistrate der kreisunmittelbaren Städte und die Ortspolizeibehörden der übrigen Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern, sowie an die K. Polizeidirektion München.

Das Fingerabdruckverfahren hat sich zur Erkennung und Feststellung

von Personen, die wegen des Verdachts strafbarer Handlungen festgenommen werden und über ihre persönlichen Verhältnisse keine oder eine falsche Auskunft geben, sowie zur Ermittlung gewohnheitsmäßiger Verbrecher überhaupt als sehr zweckmäßig und zuverlässig erwiesen. Bis jetzt ist das Fingerabdruckverfahren in Bayern eingeführt bei der K. Polizeidirektion in München, bei einer geringen Anzahl größerer Gemeinden und bei den Arbeitshäusern St. Georgen-Bayreuth und Rebdorf. Um aber die Vorteile dieses Verfahrens noch mehr als bisher nutzbar zu machen, ist die Ausbreitung eines Netzes von Aufnahmestellen über das ganze Königreich und die Errichtung einer Sammel stelle, die zugleich Auskunftsstelle für die übrigen Behörden ist, notwendig

Als Sammel- und Auskunftsstelle wird hiermit die K. Polizeidirektion München bestimmt. Aufnahmestellen sind tunlichst in den kreisunmittelbaren Städten und den übrigen Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern, soweit dies noch nicht geschehen ist, einzurichten.

Das Abnehmen von Fingerabdrücken ist auf bestimmte Kreise der Polizeigefangenen zu beschränken. Als solche Personen kommen in Betracht:

1. alle Zigeuner ohne Rücksicht auf Strafmündigkeit,
2. alle Festgenommenen, an deren Identität Zweifel bestehen,
3. alle Frauenspersonen, die unter sittenpolizeiliche Kontrolle gestellt sind,
4. alle diejenigen, die wegen der Art der Verbrechen und Vergehen (Taschen- und Ladendiebe, Hochstabler, Münzfälscher, Falschspieler, Hotelschwindler, Päderasten, Kuppler, Zuhälter, Schmuggler u. dergl.) oder wegen des Verdachts der Rückfälligkeit als gewohnheitsmäßige Verbrecher zu erachten sind,
5. die wegen Uebertretung der §§ 361 Ziff. 3, 4, 6 oder 363 des Reichsstrafgesetzbuches Festgenommenen.

Die Abnahme von Fingerabdrücken von einheimischen bekannten Bettlern wird in der Regel unterlassen werden können.

Die in den Fällen 1 und 2 aufgenommenen Fingerabdrücke sind jeweils sofort, die übrigen wochenweise samt den ausgefüllten Personalkarten an die K. Polizeidirektion zu senden. Die Einrichtung eigener Registraturen für die Fingerabdrücke bei den Aufnahmestellen außerhalb Münchens ist nicht nötig; die bestehenden können beibehalten werden.

Ersuchen um Auskunftserteilung sind unmittelbar an die K. Polizeidirektion zu richten. Falls gewünscht wird, daß diese die Feststellung des Festgenommenen durch Ermittelungen bei außerbayerischen Behörden des In- und Auslands übernimmt, hat die ersuchende Behörde 20 Stück der Fingerabdrücke (Originale oder photographische Vervielfältigungen) einzusenden.

Die Kosten, die den Gemeinden durch diese Einrichtung erwachsen, sind nur geringfügig. Die Apparate, die am besten durch die K. Polizeidirektion bezogen werden, kommen auf etwa 3 Mark 35 Pfg. Die Anschaffung eines einzigen Apparates wird auch für die größten Gemeinden genügen. Ebenso vermittelt die K. Polizeidirektion die Fingerabdruckblätter und Personalkarten für den ersten Bedarf, eventuell auch für später um billigen Preis. Bei Lieferung der Apparate legt die K. Polizeidirektion eine Gebrauchsanweisung und einen mit guten Fingerabdrücken versehenen Musterbogen bei.

Die Erlernung des Verfahrens bietet keine Schwierigkeiten.

Die Magistrate der kreisunmittelbaren Städte und die obengenannten Ortspolizeibehörden werden veranlaßt, der baldigen Einrichtung und dem Betriebe von Aufnahmestellen im Sinne dieser Entschließung, soweit es nicht bereits geschehen ist, näher zu treten. Zur Vervollständigung des Netzes der Aufnahmestellen ist die Einführung des Fingerabdruckverfahrens auch bei den Gendarmeriehauptstationen und bei den Gendarmeriestationen am Sitze eines Amtgerichts angeordnet worden.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr 11. 5. Juni. 1911.

Rechtsprechung.

Ob der Verkauf einer ärztlichen Praxis den guten Sitten widerspricht und demzufolge der Vertrag dann nichtig ist, kommt auf die besonderen Umstände des Falles an. Der Anspruch auf Rückforderung des Kaufpreises wird aber hinfällig, wenn der Käufer die Sittenwidrigkeit des Vertrages gekannt hat. Urteil des Reichsgerichts (IV. Z.-S.) vom 23. März 1911.

Der Privatdozent Dr. B. hatte seine bis dahin in P. betriebene zahnärztliche Praxis zum Preise von 30000 Mark an den Zahnarzt W. verkauft und sich dabei dem Verbote unterworfen, während der nächsten 10 Jahren in einem Umkreise von 10 Meilen mit dem Käufer in Wettbewerb zu treten. W. hatte in Erfüllung dieses Vertrages nach und nach 17000 Mark und 500 Mark Zinsen an den Dr. B. bezahlt. Er behauptete Nichtigkeit des Vertrags, weil er gegen die guten Sitten verstoße und forderte von den geleisteten Zahlungen 3000 Mark zurück.

Die vom Landgericht zu M. und vom Oberlandesgericht zu C. erfolgte Abweisung der Klage wurde vom IV. Zivilsenat des Reichsgerichts unter folgender Begründung bestätigt:

Nach Annahme des Berufungsrichters verstößt es grundsätzlich gegen die guten Sitten, wenn Angehörige der sogen. idealen Berufe, z. B. Aerzte, Rechtsanwälte, ihre durch persönliche Tüchtigkeit und das hierauf gegründete Vertrauen des Publikums geschaffene günstige Erwerbslage behufs Erzielung materiellen Gewinns und unter Gefährdung eben jenes Vertrauens zum Gegenstand eines Veräußerungsgeschäftes machen. Nur ausnahmsweise, beim Vorliegen besonderer, im Streitfalle nicht gegebener Umstände sei die Sittenwidrigkeit zu verneinen. Diese Auffassung steht im Einklange mit der bisherigen, im Berufungsurteil eingezogenen Rechtsprechung des Reichsgerichts. Aber auch wenn entsprechend einer neueren, zum Ausdruck in Bd. 75, S. 120 der offiziellen Sammlung bestimmten Entscheidung des zweiten Zivilsenats die Frage der Sittenwidrigkeit immer nur aus der besonderen Lage des Falles heraus zu beantworten wäre, so gewähren doch die Feststellungen des Berufungsrichters genügende Unterlagen, um gerade auch den im Streit befangenen Verkauf der zahnärztlichen Praxis auf Grund von § 138 Abs. 1 für nichtig erklären können. Uebrigens würde, wenn das streitige Kaufgeschäft zu Recht bestände, dem Klageanspruch von vornherein jeder Boden entzogen sein. Mit Recht erachtet aber der Berufungsrichter die Rückforderung des bezahlten Kaufpreises für ausgeschlossen, weil auch dem Kläger bei Abschluß des Kaufvertrages ein Verstoß gegen die guten Sitten zur Last falle (Bürgerliches Gesetzbuch § 817 Satz 2). Der Revision kann zugegeben werden, daß beim gegenseitigen Vertrag deshalb, weil mit dem Abschluß der eine der beiden Vertragsschließenden sittenwidrig handelt, nicht notwendig auch das Verhalten des anderen Vertragschließenden mit dem gleichen Makel behaftet ist. Vielmehr wird nicht selten, so in dem besonders hervorgehobenen Falle des Wuchers (§ 138 Abs. 1) eine verschiedenartige Beurteilung geboten sein. Wenn aber der Berufungsrichter für den Streitfall hervorhebt, daß auch der Käufer bei dem Vertragsschluß darauf ausgegangen sei, daß der Person des Verkäufers bisher entgegengebrachte Vertrauen der Patienten zur Erzielung eigenen materiellen Vorteils für sich auszunützen und sich damit zugleich in die Gefahr gebracht habe, die Praxis mit Rücksicht auf die beträchtliche, von ihm zu leistende Entschädigung zur Erzielung möglichst hoher Honorare zu mißbrauchen, so ist es nicht rechtsirrtümlich, wenn darin

auch auf Seiten des Klägers ein Verstoß gegen die guten Sitten erblickt und gemäß § 817 Satz 2 auf Abweisung seines Rückforderungsverlangens erkannt worden ist. (Sächsische Korrespondenz.)

Das Gutachten der Aerztekommission bei Versicherungen. Urteil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 21. Februar 1911.

Der Rittergutspächter v. H. war bei der Mannheimer Versicherungsgesellschaft gegen Unfall versichert. Am 17. April 1905 rutschte er im Viehstall aus und zog sich u. a. eine Quetschung des linken Ellenbogens und des linken Daumens zu. Am 5. September 1905 erlitt er einen zweiten Unfall, der eine druckempfindliche, spindelförmige Auftreibung des Ellennerves des linken Ellenbogens mit Abmagerung der Muskulatur der linken Hand zur Folge hatte. Auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, das 90 % Erwerbsverminderung feststellte, kam es zu einer schriftlichen Vereinbarung zwischen den Parteien des Inhalts, daß v. H. gegen eine Abfindung von 5700 M., die er nach dem Wortlaute des Schriftstücks „wegen des Unfalls vom 5. September 1905" für bleibende Invalidität verlangte, auf jeden weiteren Anspruch verzichtete. Einige Monate später verlangte v. H. eine weitere Entschädigung wegen des Unfalls vom 17. April. Das Verlangen lehnte die Versicherungsgesellschaft ab. Der Versicherte v. H. beantragte die Einberufung der Aerztekommission (§ 6 der Allgemeinen Bedingung), welchem Antrage die Gesellschaft stattgab. Noch vor dem Zusammentreten der Kommission erhob v. H. aber Klage. Wenige Wochen darnach entschied die Kommission dahin, daß, wenn auch möglicherweise infolge des Unfalls vom 17. April 1905 noch gewisse Beschwerden vorhanden wären, diesen doch bei Würdigung der speziell versicherten Tätigkeit (Rittergutspächter) ein prozentmäßig abzuschätzender Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit des v. H. nicht beigelegt werden könne. Diese Entscheidung, die dann schriftlich abgefaßt wurde, weigerte sich aber später Dr. Sch., einer der Gutachter, zu unterschreiben, weil ihm nachträglich Bedenken gekommen seien. Das Landgericht und das Oberlandesgericht in H. erkannten auf Abweisung der Klage. Anderer Meinung war der VII. Zivilsenats des Reichsgerichts, der ausführte: Ein Bedenken gegen die Feststellung des Berufungsrichters kann nicht daraus hergeleitet werden, daß sich die Beklagte auf die vom Kläger geforderte Entscheidung der Kommission eingelassen hat. Die Kommission hatte nach § 6 der Allgemeinen Bedingungen nur über Grad und Dauer der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität zu entscheiden, und diese Entscheidung sollte, wie in Abs. 4 ausdrücklich bestimmt ist, keinen Einfluß auf die Frage haben, ob überhaupt eine Entschädigungsverpflichtung vorliege. Hätte die Kommission also zu ungunsten der Beklagten entschieden, so hätte diese vor Gericht immer noch geltend machen können, daß Kläger wegen des Unfalls vom 17. April 1905 bereits abgefunden sei. Dagegen müssen einige weitere Rügen für begründet erachtet werden. Im Gegensatz zum Berufungsrichter ist anzunehmen, daß der Ausspruch der Kommission dem Kläger nicht entgegensteht, da er sowohl an formellen, als auch an materiellen Mängeln leidet. Der Ausspruch ist nur von 2 Mitgliedern unterschrieben; das dritte Mitglied, der Dr. Sch., hat seine Unterschrift verweigert. Er hat zwar in einem Schreiben vom 23. Dezember 1906 anerkannt, daß das Gutachten in der Sitzung vom 10. Dezember 1906 einmütig festgestellt worden sei; in demselben Schreiben hat er aber erklärt, daß ihm nachträglich Bedenken gekommen seien, die ihn veranlaßt hätten, die ursprünglich in Aussicht gestellte Unterschrift „wieder zurückzuziehen". Der Berufungsrichter ist der Meinung, daß das Kommissionsgutachten formell nicht zu beanstanden sei. Dies ist rechtlich unhaltbar. Für die Form des Schiedsgutachtens sind in erster Linie die Allgemeinen Bedingungen maßgebend. Wenn nun der § 6, Abs. 4 vorschreibt, daß der Ausspruch schriftlich zu begründen ist, so folgt daraus ohne weiteres, daß er auch von allen Mitgliedern, die an der Feststellung mitgewirkt haben, unterschrieben werden muß, und daß er, solange auch nur eine Unterschrift fehlt, eine rechtliche Existenz überhaupt nicht hat. Die Eventualannahme des Berufungsrichters, daß die Unterschrift des Dr. Sch. in Wirklichkeit gar nicht fehle, ist unzutreffend. Die Unterschrift des Dr. Sch. befindet sich nur unter einer Erklärung, in welcher die Unterzeichnung des Spruches ausdrücklich abgelehnt wird. Daß der Spruch einstimmig gefaßt wird, ist weder er-

forderlich, noch ausreichend. Für Dritte, also auch für das Gericht, kommt es nur darauf an, ob ein von allen Beteiligten unterschriebener Spruch vorliegt. Was ferner den Inhalt anbelangt, so besteht nach § 6 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen die Aufgabe der Kommission nur darin, Grad und Dauer der Erwerbsunfähigkeit oder Invalidität festzustellen. Für diese Feststellung sind aber, wie sich von selbst versteht, die Grundsätze maßgebend, die nach der Polize überhaupt in dieser Beziehung Geltung haben, also insbesondere die Vorschriften des § 5. Das Landgericht ist freilich der Meinung, daß die Kommission selbständig und ohne Rücksicht auf die Bestimmungen des § 5 zu entscheiden habe, und zwar deshalb, weil nach § 6 der Verletzte die Entscheidung der Kommission in allen Fällen anrufen könne, eine solche Anrufung aber in vielen Fällen zwecklos sein würde, wenn die Kommission an das in § 5 aufgestellte Schema gebunden wäre. Dabei ist aber übersehen, daß in allen Fällen des § 5 auch die Frage streitig sein kann, ob und inwieweit eine vorhandene Erwerbsunfähigkeit als Folge des Unfalls anzusehen ist, und daß auch die Entscheidung dieser Frage zur Zuständigkeit der Kommission gehört. Gerade im vorliegenden Falle hat die Kommission selbst ihre Aufgabe so aufgefaßt, denn sie hat entschieden, daß die tatsächlich vorhandene Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Klägers keine Folge des Unfalls vom 17. April 1905 sei, daß dieser Unfall vielmehr einen prozentmäßig abzuschätzenden Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit des Klägers nicht gehabt habe. Die Kommission ist nun aber zu diesem Ergebnis gelangt „bei Würdigung der speziell versicherten Tätigkeit als Rittergutspächter, der lediglich oberaufsichtführend, aber nicht selbst mitarbeitend tätig wird.“ Eine solche Mitberücksichtigung des Berufes war jedoch nach § 5 im vorliegenden Falle, wo es sich um teilweise Gebrauchsunfähigkeit eines Armes handelte, unzulässig. Wie sich aus dem letzten Absatze des § 5 ergibt, hat eine Berücksichtigung des Berufes bei Feststellung des Invaliditätsgrades nur in den Fällen stattzufinden, die in den vorhergehenden Absätzen nicht besonders erwähnt sind; die Gebrauchsunfähigkeit eines Armes ist aber vorher erwähnt. Hat sonach die Kommission die ihr gesetzten Schranken überschritten, so ist ihr Ausspruch auch aus diesem Grunde für den Kläger nicht verbindlich. — Die Sache wurde deshalb zur anderweiten Verhandlung an das Oberlandesgericht zurückverwiesen. (Sächsische Korrespondenz.)

Ein in einer Irrenanstalt wegen Gemeingefährlichkeit untergebrachter Geisteskranker ist als Gefangener und seine widerrechtliche Befreiung daher als strafbare Gefangenenbefreiung im Sinne der §§ 120 und 121 des Str.-G.-B. anzusehen. Urteil des Reichsgerichts (I. Str.-S.) vom 5. Dezember 1910.

Apothekenbetrieb ohne Genehmigung durch einen Drogisten. Urteil des Oberlandesgerichts Hamburg vom 27. Februar 1911.

Die Ausführungen der Revision,[1]) **daß in denjenigen Fällen, in welchen**

[1]) Das Landgericht hatte festgestellt, **daß der Angeklagte im Kellergeschoß** eines seiner beiden Geschäfte **unterhalb zweier Schaufenster durch** Ausbau der vorhandenen Hohlräume mittels Holzverkleidung an den Kellerwänden Verstecke angebracht und zur Aufbewahrung von im Verkehr nicht freigegebenen Arzneimitteln benutzt hat, daß er ferner in seinem zweiten Geschäft einen Keller zum Lagern von solchen Arzneimitteln benutzt hat und daß er weder jenes Versteck noch den Keller in den der Polizeibehörde eingereichten Anmeldungen und Lagerplänen kenntlich gemacht hat. Es ist weiter festgestellt, daß der Angeklagte in nicht rechtsverjährter Zeit fortgesetzt, ohne polizeiliche Erlaubnis, Gifte und Arzneien, mit denen der Handel nicht freigegeben ist, feilgehalten und verkauft hat. Das Landgericht hatte deshalb sowohl ein Vergehen gegen §§ 29, 147,1 der Gew.-Ordnung (Apothekenbetrieb ohne Genehmigung), wie einen Verstoß gegen § 367,3 Str.-G.-B. (unerlaubter Arzneiverkauf) angenommen und den Angeklagten zu einer Gesamtstrafe von 450 Mark, event. 30 Tagen Haft, und zur Tragung der Kosten beider Instanzen verurteilt. Außerdem hatte es die Einziehung der von der Polizeibehörde beschlagnahmten Medikamente ausgesprochen.

eine Uebertretung des § 367,3 Str.-G.-B. (Verkauf von Giften und nicht freigegebenen Arzneimitteln) vorliegt, eine Zuwiderhandlung gegen § 147,1 G.-O. (unbefugter Betrieb einer Apotheke) nicht vorliegen könne, sind rechtsirrig; ebensowenig aber trifft die Ansicht des Landgerichts zu, daß zwischen den beiden Vorschriften Idealkonkurrenz im Sinne des § 73 Str.-G.-B. bestehe. Es findet vielmehr zwischen beiden Vorschriften der begangenen Straftat gegenüber das Verhältnis der sogen. Gesetzeskonkurrenz statt. Der § 367,3 des Str.-G.-B. enthält die umfassendere Norm; der durch diesen Paragraphen getroffene Tatbestand ist neben anderen Merkmalen in dem von § 147,1 der G.-O. erforderten Tatbestand vollständig enthalten. Es kann niemand den Betrieb einer Apotheke unbefugt unternehmen und fortsetzen, ohne gleichzeitig der Vorschrift des Str.-G.-B. zuwider Gifte oder nicht freigegebene Arzneimittel zuzubereiten, feilzuhalten und zu verkaufen. Keineswegs aber wird durch jedes Zubereiten, Feilhalten und Verkaufen solcher Waren ohne Hinzutreten weiterer Voraussetzungen der Tatbestand des Apothekenbetriebes erfüllt. Es muß vielmehr hierzu das Moment der Gewerbsmäßigkeit hinzukommen. Nicht erforderlich ist dagegen, und hierin ist dem Urteil der Strafkammer beizutreten, daß der Zuwiderhandelnde sein Geschäft als Apotheke bezeichne oder daß er Rezepte, die ihm von Kunden übergeben werden, zur Ausführung bringe.

Liegt Gesetzeskonkurrenz vor, so hat dasjenige Gesetz Anwendung zu finden, welches dem spezieller umschriebenen Tatbestand entspricht, hier also der § 147,1 G.-O., welchen Paragraph die Strafkammer tatsächlich zur Anwendung gebracht hat. Würde, wie die Strafkammer angenommen hat, Idealkonkurrenz stattfinden, so hätte die Strafandrohung des Str.-G.-B., als die schwerere, Anwendung finden müssen, weil § 367,3 die Haftstrafe unbedingt zuläßt, § 147,1 G.-O. sie nur für den Unvermögensfall androht.

Ohne Rechtsirrtum hat ferner das Landgericht die Strafbarkeit des Angeklagten auf Grund der Hamburger Verordnung vom 11. April 1904 angenommen. Wie das angefochtene Urteil zutreffend ausführt, ist die Vorschrift, daß vor Eröffnung des Betriebes ein Lageplan und eine genaue Angabe der Betriebsräume einzureichen sei, nicht eine so enge Auslegung zu geben, daß lediglich die Zahl der verwendeten Räumlichkeiten mitzuteilen und ihre Lage durch Zeichnung der Umfassungswände in den Lageplan darzustellen sei. Es ist vielmehr auf den Zweck des Gesetzes zu achten und aus ihm zu folgern, daß die Pläne geeignet sein müssen, den Revisionen der Polizeibehörde als Grundlage zu dienen. Danach aber war der Angeklagte nicht nur verpflichtet, den Kellerraum des einen Geschäftes anzugeben und in den Lageplan einzuzeichnen, sondern auch diejenigen Hohlräume, die er in dem anderen Geschäft angebracht hatte und zur Aufbewahrung von Medikamenten benutzte, auf dem eingereichten Plane erkennbar zu machen.

Nicht beizustimmen ist den Ausführungen der Revision, die dahin gehen, daß die vorgedachten Uebertretungen straflos bleiben müßten, weil sie lediglich als Mittel gedient hätten, um die Zuwiderhandlung gegen die Gewerbeordnung und das Strafgesetzbuch zu ermöglichen, daher in den Tatbestand dieser Straftaten als Bestandteil aufgingen. Das ist unrichtig. Nicht jedes Mittel, das zum Zweck der Begehung einer Straftat angewendet wird, bildet gleichzeitig ein Tatbestandsmerkmal dieser Straftat. Steht unter verschiedenen Mitteln die Wahl offen, so kann die Wahl eines bestimmten Mittels eine selbständige Zuwiderhandlung gegen eine Strafvorschrift bilden. Es ist denkbar, daß jemand gewerbsmäßig verbotenen Handel mit Arzneimitteln betreibt, ohne von seinen Geschäftsräumen derartig falsche Lagerpläne einzureichen, wie es der Angeklagte getan hat.

Auch darin ist der Revision nicht beizutreten, daß die Zuwiderhandlungen gegen die Verordnung verjährt seien. Zwar soll nach § 3 der Verordnung der Lageplan vor Eröffnung des Geschäftsbetriebes der Polizeibehörde eingereicht werden, diese Bestimmung ist aber nicht so zu verstehen, daß die darin angeordnete Pflicht erloschen sei, wenn der Betrieb eröffnet wird, ohne daß ihr vorher genügt sei, vielmehr besteht die Verpflichtung fort, solange der Geschäftsbetrieb dauert. Die Unterlassung der Anzeige stellt sich als ein Dauerdelikt dar, bei welchem die Verjährung nicht beginnen kann, solange die Unterlassung dauert.

Die Einziehung der beschlagnahmten Arzneimittel ist, da sie zur Begehung eines vorsätzlichen Vergehens bestimmt waren und dem Angeklagten gehörten, gemäß § 40 Str.-G.-B. gerechtfertigt."
(Pharmazeutische Zeitung; 1911, Nr. 25).

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Fragebogen über Erkrankungen an Tuberkulose unter dem Aerzte- und Pflegepersonal in Krankenanstalten. Erlaß des Ministers des Innern vom 26. April 1911 — M. 13139/10, 11030/11 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Um den Erkrankungen an Tuberkulose unter dem Aerzte und Pflegepersonal in Krankenanstalten durch geeignete Maßnahmen mehr als bisher vorbeugen zu können, ist es erwünscht, über die Häufigkeit und die Ursachen dieser Erkrankungen näher unterrichtet zu sein.

Ew. pp. ersuche ich daher ergebenst, von den Krankenanstalten Ihres Bezirks je einen Fragebogen nach anliegendem Muster ausfüllen zu lassen und nach Prüfung durch den zuständigen Kreisarzt und den Regierungs- und Medizinalrat mir bis zum 1. Juni d. J. einzureichen. Der Fragebogen umfaßt den fünfjährigen geitraum vom 1. Januar 1906 bis Ende Dezember 1910.

Bezüglich des Umfangs der Umfrage wird es hinreichen, wenn der Fragebogen außer an die Spezialanstalten für tuberkulöse Lungenkranke (öffentliche und private Lungenheilstätten für Erwachsene, Heilstätten für Kinder mit Lungentuberkulose, Invaliden- und Pflegeheime für Tuberkulöse usw.) nur an die allgemeinen Krankenhäuser mit 100 und mehr Betten versandt wird. Wegen der der Aufsicht des Oberpräsidenten unterstehenden Heilanstalten und der inneren Kliniken der Universitäten ist besonderer Erlaß ergangen.

Sollten einige Krankenanstalten nicht über den vollen Zeitraum, sondern nur über einen Teil berichten können, so ist dies unter Angabe des Grundes anmerkungsweise auf dem Fragebogen ausgeführt.

Fragebogen über die in der Zeit vom 1. Januar 1906 bis 31. Dezember 1910 festgestellten Tuberkuloseerkrankungen unter dem Aerzte- und Krankenpflege-Personal in Krankenanstalten.

Bezeichnung der Krankenanstalt: . . . .
Anzahl der vorhandenen Krankenbetten: . . . .
Sind die Einrichtungen der Krankenanstalt der Neuzeit entsprechend oder schon älteren Ursprunges? . . . .
Ist eine Sonderabteilung[1]) für Lungen- und Kehlkopfschwindsüchtige vorhanden? . . . .
Wenn ja, in welchem Jahre wurde sie eröffnet?
Wie viele Betten enthält sie? . . . .
Findet ein regelmäßiger Austausch des der Sonderabteilung für Schwindsüchtige zugewiesenen Krankenpflege-Personals statt und zutreffendenfalls in welchen Zeitabständen? . . . .

I. Tuberkuloseerkrankungen des Aerzte-Personals.

1. Durchschnittliche Zahl der leitenden Aerzte im Jahre 1910 . . . . .
2. Durchschnittliche Zahl der im Jahre 1910 in der Krankenanstalt beschäftigten Assistenzärzte . . . ., desgleichen der Medizinalpraktikanten . . . .

---

[1]) Das Bestehen einer Sonderabteilung für Schwindsüchtige ist in allen Fällen anzunehmen, in denen diese Kranken in besonderen Räumen, welche ausschließlich mit Schwindsüchtigen belegt werden, untergebracht sind. — Für Spezialanstalten für Lungenkranke kommt die Beantwortung dieser und der anschließenden Vorfragen nicht in Betracht.

Davon entfielen:
a) auf die innere Abteilung[1] . . . . . Assistenzärzte und . . . . Medizinalpraktikanten,
b) auf die Sonderabteilung für Schwindsüchtige . . . . Assistenzärzte und . . . . . Medizinalpraktikanten.

3. Sind bei den unter I Nr. 1 und Nr. 2 bezeichneten ärztlichen Personal-Gruppen in der Zeit vom 1. Januar 1906 bis 31. Dezember 1910 Erkrankungen an Lungen- oder Kehlkopftuberkulose beobachtet worden? . . . .
Welche Fälle waren dies im einzelnen und auf welchen Abteilungen ereigneten sich die Erkrankungen?[2] . . . .
4. Waren die unter I Nr. 3 aufgeführten erkrankten Personen vor ihrem Eintritt in die Anstalt durch eine ärztliche Untersuchung als frei von Tuberkulose befunden worden? . . . .
Oder für welche von ihnen trifft dies nur zu?[3] . . . .
mit Tuberkulose begünstigt haben? Welche waren dies in jedem einzelnen Falle? . . . .
7. Worauf wird bei den übrigen unter I Nr. 3 aufgeführten erkrankten Personen, deren tuberkulöse Erkrankung **nicht** als eine im Berufe erfolgte Ansteckung angenommen wird, die Erkrankung im einzelnen Falle zurückgeführt? . . . .

II. Tuberkulose-Erkrankungen des Krankenpflege-Personals.

1. Durchschnittliche Zahl der im Krankenpflegedienste im Jahre 1910 beschäftigten Schwestern . . . .
davon gehörten an
a) einem religiösen Verbande
α) einem evangelischen . . . . . .
β) einem katholischen . . . . . .
b) einem weltlichen Verbande[4] . . . . . .
2. Von den im Krankenpflegedienst im Jahre 1910 durchschnittlich beschäftigten Schwestern (II Nr. 1) entfielen
a) auf die innere Abteilung[5] . . . . . .
b) auf die Sonderabteilung für Schwindsüchtige . . . . . .

---

[1]) Einschließlich der etwa vorhandenen Sonderabteilung für Schwindsüchtige.

[2]) Die erkrankten Personen sind einzeln unter fortlaufender Nummer aufzuführen, unter Angabe des Vornamens und des Anfangsbuchstabens des Zunamens; auch ist die von ihnen zur Zeit der Erkrankung oder Ansteckung bekleidete Stellung zu bezeichnen. Also z. B.:
Nr. 1. Dr. Fritz A., Assistenzarzt, war z. Z. der Erkrankung auf der inneren Abteilung beschäftigt.
Nr. 2. Dr. Werner N., Medizinalpraktikant, war z. Z. der Ansteckung auf der Sonderabteilung für Schwindsüchtige beschäftigt.

[3]) Zur Kenntlichmachung der Personen genügt hier die Angabe des Vornamens und des Anfangsbuchstabens des Zunamens unter Hinzufügung der dazu gehörigen Nummern, z. B.: Werner N. (Nr. 2).

5. Welche von den unter I Nr. 3 angegebenen Erkrankungsfällen sind vermutlich auf eine Ansteckung im Krankendienst zurückzuführen? . . .
6. Lassen sich irgendwelche Ursachen angeben, welche bei den unter I Nr. 5 aufgeführten Personen die im Krankendienst zugezogene Ansteckung

[4]) Unter II, 1 b und 3 b fallen nur solche Verbände, welche vorwiegend zur Förderung der Krankenpflege gebildet sind. Angehörige von Verbänden, die nur wirtschaftliche Interessen ihrer Angehörigen verfolgen, mithin nur als wirtschaftliche Vereinigungen von Krankenpflegern, nicht als Verbände für Krankenpflege angesehen werden müssen, kommen nicht in Betracht. Zu den lediglich wirtschaftlichen Vereinigungen von Krankenpflegern zählen z. B. auch solche Schwesternheime, die ihren Angehörigen nur Wohnung und Beköstigung geben.

[5]) Einschließlich der etwa vorhandenen Sonderabteilung für Schwindsüchtige. Siehe auch die Fußnote 1 auf S. 73.

3. Durchschnittliche Zahl der im Krankenpflegedienste im Jahre 1910 beschäftigten Wärter . . . .
   davon gehörten an
   a) einem religiösen Verbande
      α) einem evangelischen . . . . . .
      β) einem katholischen . . . .
   b) einem weltlichen Verbande [1]) . . . . .
4. Von den im Krankendienste im Jahre 1910 durchschnittlich beschäftigten Wärtern (II Nr. 3) entfielen
   a) auf die innere Abteilung [2])
   b) auf die Sonderabteilung für Schwindsüchtige . . . . .
5. Durchschnittliche Zahl der im Krankenpflegedienste im Jahre 1910 beschäftigten Wärterinnen . . . .
   davon entfielen
   a) auf die innere Abteilung [2]) . . . . . .
   b) auf die Sonderabteilung für Schwindsüchtige . . . . .
6. Sind bei den unter II Nr. 1—5 bezeichneten Gruppen des Krankenpflege-Personals in der Zeit vom 1. Januar 1906 bis 31. Dezember 1910 Erkrankungen an Lungen- oder Kehlkopftuberkulose beobachtet worden? . . . .
   Welche Fälle waren dies im einzelnen und auf welchen Abteilungen ereigneten sich die Erkrankungen? [3]) . . . .
7. Waren die unter II Nr. 6 aufgeführten erkrankten Personen von ihrem Dienstantritt sämtlich durch eine ärztliche Untersuchung als frei von Tuberkulose befunden worden? . . . . . .
   Oder für welche von ihnen trifft dies im einzelnen zu? [4]) . . . . . .
8. Welche von den unter II Nr. 6 angegebenen Erkrankungsfällen sind vermutlich auf eine Ansteckung im Krankendienst zurückzuführen? . . .
9. Lassen sich irgendwelche Ursachen angeben, welche bei den unter II Nr. 8 aufgeführten Personen die im Krankendienst zugezogene Ansteckung mit Tuberkulose begünstigt haben? Welche waren dies in jedem einzelnen Falle? . . . .
10. Worauf wird bei den übrigen unter II Nr. 6 aufgeführten erkrankten Personen, deren tuberkulöse Erkrankung **nicht** als eine im Berufe erfolgte Ansteckung angenommen wird, die Erkrankung im einzelnen Falle zurückgeführt? . . . .

III. **Maßnahme zur Verhütung der Tuberkulose-Uebertragungen.**

Werden zur Verhütung von Ansteckungen des Aerzte- und Krankenpflege-Personals in der dortigen Krankenanstalt besondere Maßnahmen getroffen und welche sind dies? . . . .

(Ort) . . . ., den . . . .

. . . .
leitender Arzt.

---

[1]) Siehe Note 4 auf Seite 74.

[2]) Siehe Note 5 auf Seite 74.

[3]) Die erkrankten Personen sind einzeln unter fortlaufender Nummer aufzuführen, unter Angabe des Vornamens und des Anfangsbuchstabens des Zunamens und unter Hinzufügung einer Bemerkung, aus welcher hervorgeht, welchen Gruppen von II Nr. 1—5 der Person angehört. Also z. B.:

Nr. 1. Klara J., Schwester, einem katholischen Verbande angehörend, war zur Zeit der Erkrankung auf der Sonderabteilung für Schwindsüchtige beschäftigt.

Nr. 2. Joseph H., Krankenwärter, keinem Verbande angehörend, war zur Zeit der Ansteckung auf der inneren Abteilung beschäftigt.

[4]) Zur Kenntlichmachung der Personen genügt hier die Angabe des Vornamens und des Anfangsbuchstabens des Zunamens unter Hinzufügung der dazu gehörigen Nummer. Also z. B.: Joseph H. (Nr. 2).

Unzulässigkeit der Abgabe von mit Methylalkohol und methylalkoholhaltigen Präparaten hergestellten Heilmitteln sowohl in, als ausserhalb der Apotheken. Erlaß des Ministers des Innern vom 12. Mai 1911 — M. Nr. 6208 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Im Anschluß an den Erlaß vom 13. Februar 1906 — M. 5150 — (Min.-Bl. f. Med.- pp. Angel. S. 98) weise ich darauf hin, daß auch mit Methylalkohol und methylalkoholhaltigen Präparaten (Spritol, Spiritogen usw.) hergestellte Heilmittel, selbst wenn sie nur zum äußerlichen Gebrauche bestimmt sind, als echt im Sinne der Ziffer 8 der „Grundzüge über die Regelung des Verkehrs mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken" und zum Gebrauche geeignet nicht anzusehen sind. Sie dürfen daher außerhalb der Apotheken ebensowenig wie in diesen selbst abgegeben werden.

B. Königreich Württemberg.

Die zur technischen Untersuchung von Nahrungs- und Genussmitteln bestimmten öffentlichen Anstalten. Verfügung der K. Ministerien der Justiz und des Innern vom 25. Januar 1911.

Die Verfügung der Ministerien der Justiz und des Innern vom 9. Mai 1910 in obigem Betreff (Amtsblatt des Justizministeriums S. 113, Amtsblatt des Ministeriums des Innern S. 325) wird wie folgt ergänzt:

1. Die Ziff. IV erhält folgende Fassung:

   „Anträge auf Anerkennung einer Anstalt als einer öffentlichen Anstalt zur technischen Untersuchung von Nahrungs- und Genußmitteln im Sinne des § 17 des Nahrungsmittelgesetzes sind unter Anschluß der erforderlichen Belege bei dem Ministerium des Innern anzubringen. Von diesem wird die Besichtigung der Anstalt durch eine Kommission herbeigeführt werden, die aus dem chemisch technischen Berichterstatter des Medizinalkollegiums als Vorsitzendem, sowie dem Oberamtsarzt und Oberamtstierarzt des Bezirks, in dem die Anstalt gelegen ist, besteht; der Vorsitzende der Kommission wird im Falle seiner Verhinderung durch den Vorstand der Anstalt für chemische Untersuchungen bei der Zentralstelle für Gewerbe und Handel vertreten, für die übrigen Mitglieder werden die etwa erforderlichen Stellvertreter von Fall zu Fall auf Antrag des Medizinalkollegiums durch das Ministerium des Innern bestellt werden.

   Ueber die Anträge wird durch gemeinschaftliche Entschließung der Ministerien der Justiz und des Innern entschieden werden. Die getroffene Entschließung wird im Staatsanzeiger und in den Amtsblättern beider Ministerien bekannt gemacht."

2. Hinter Ziff. IV werden folgende Bestimmungen eingestellt:

„V. Die als öffentlich anerkannten Anstalten werden durch die in Ziff. IV bestimmte Kommission in der Regel bei der ärztlichen Visitation der Gemeinde in Absicht auf die Gesundheitspflege (vergl. Erlaß des Ministeriums des Innern vom 20. Oktober 1875, Amtsblatt des Ministeriums des Innern S. 317) besichtigt werden. Das Medizinalkollegium wird über den Zeitpunkt dieser Visitation in den mit einer solchen Anstalt versehenen Gemeinden vom zuständigen Oberamt Bericht einziehen und den Vorsitzenden der Kommission jeweils mit der Besichtigung beauftragen. Dieser wird sich sodann mit dem Oberamt und mit den Mitgliedern der Kommission unmittelbar ins Benehmen setzen. Ueber das Ergebnis der Besichtigung ist durch Vermittlung des Medizinalkollegiums dem Ministerium des Innern zu berichten, das dem Justizministerium von den etwa zu treffenden Verfügungen Mitteilung machen wird.

Außerdem wird das Ministerium des Innern die Besichtigung einzelner Anstalten anordnen; wenn hierzu ein besonderer Anlaß (z. B. bei wesentlichen Aenderungen in den Einrichtungen einer Anstalt, beim Wechsel ihres Leiters usw.) vorliegen sollte.

VI. Die Anstalten erstatten über ihre Tätigkeit Jahresberichte, die in dreifacher Ausfertigung auf 1. März jeden Jahres durch Vermittlung des Medizinalkollegiums dem Ministerium des Innern vorzulegen sind. Die Berichte werden, soweit sie sich dazu eignen, dem Reichsgesundheitsamt zur Aufnahme in die von ihm bearbeitete „Uebersicht über die Jahresberichte der öffentlichen Anstalten zur technischen Untersuchung von Nahrungs- und Genußmitteln im Deutschen Reich" mitgeteilt werden."

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W
J. C. C. Bruns. Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 12. | 20. Juni. | 1911.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Anrechnung des zahnärztlichen Studiums auf die für die Zulassung zur ärztlichen Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit. Erlaß des Ministers der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten vom 24. April 1911 — U. I. 642 —.

Wenn ein Studierender der Zahnheilkunde sein Studium aufgibt und sich dem medizinischen Studium widmet, kann die Anrechnung des zahnärztlichen Studiums auf die für die Zulassung zur ärztlichen Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit nur im Wege des Dispenses gemäß § 7 Abs. 3 Ziffer 1 der Prüfungsordnung für Aerzte erfolgen; es macht dabei keinen Unterschied, ob die Studierenden der Zahnheilkunde bei der Medizinischen oder der Philosophischen Fakultät eingetragen werden.

Die Abgabe von Arzneimitteln aus Dispensieranstalten ist nur an die Pfleglinge und das an deren Behandlung und Pflege unmittelbar beteiligte Anstaltspersonal gestattet. Bescheid des Min. des Innern vom 5. Mai 1911.

Auf die Eingabe etc. benachrichtige ich Sie, daß die Berechtigung der Dispensieranstalten an einem Krankenhause zur Abgabe von Arzneien sich nur auf die Pfleglinge und das an der Behandlung und Pflege der Kranken unmittelbar beteiligte Anstaltspersonal erstreckt, und daß alle übrigen zur Anstalt gehörigen Personen, wie z. B. Beamte und sonstige Angestellte, mit ihrem Arzneibedarf an die öffentlichen Apotheken zu verweisen sind.

Wasseruntersuchungen seitens der Medizinaluntersuchungsämter. Erlaß des Ministers des Innern vom 8. Mai 1911 — M. 20208 II. — an die Herren Regierungspräsidenten in Danzig und Magdeburg.

Ew. pp. Auffassung, daß das Medizinal-Untersuchungsamt nach den Erlassen vom 22. Juli 1903 — M. 3849 — (Minist.-Bl. S. 302) und 27. März 1907 — M. 4362 I. U. I. — Wasseruntersuchungen vor allem dann auszuführen hat, wenn sie als Maßnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten notwendig sind, ist zutreffend. Die uneingeschränkte Uebernahme von Wasseruntersuchungen würde über den Aufgabenkreis des Medizinaluntersuchungsamts hinausgehen und im übrigen auch nicht durchführbar sein, da weder das Personal noch die Ausrüstung des Amtes dazu ausreichen. Dies schließt indessen nicht aus, daß Ew. pp. im einzelnen Falle dem Untersuchungsamte auch die Vornahme einer nicht der Seuchenbekämpfung dienenden Wasseruntersuchung ausnahmsweise gestatten, vorausgesetzt, daß sie im sanitätspolizeilichen Interesse erfolgt. Damit die nächstliegenden Aufgaben des Untersuchungsamtes nicht beeinträchtigt werden, wird von der Erteilung der Genehmigung nur ein vorsichtiger Gebrauch zu machen und jedenfalls die Anordnung ständig wiederkehrender, systematischer Untersuchungen zu vermeiden sein. Im übrigen wird den Interessenten anheimzugeben sein, sich wegen der Wasseruntersuchungen mit der Königlichen Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerungsbeseitigung in Berlin in Verbindung zu setzen.

Die im staatlichen Interesse liegenden Untersuchungen sind, soweit sie durch die Medizinal-Untersuchungsämter und Medizinal-Untersuchungsanstalten

ausgeführt werden, nach dem Erlasse vom 27. März 1907 gebührenfrei. Auch können, soweit die Kreise Pauschalsummen für sanitätspolizeiliche Untersuchungen zahlen, bis auf weiteres Wasseruntersuchungen gebührenfrei ausgeführt werden. Andernfalls findet Nr. 2 der allgemeinen Bestimmungen zum Gebührentarif S. 94 des Ministerialblatts für Medizinal- pp. Angelegenheiten 1910 oder Nr. II des Tarifs Anwendung.

B. Königreich Bayern.

Die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Bekanntmachung der K. Staatsministerien des Innern beider Abteilungen und des K. Staatsministeriums für Verkehrsangelegenheiten vom 9. Mai 1910.

Mit der Errichtung der Bakteriologischen Untersuchungsanstalten, mit dem Ausbau des Desinfektionswesens und der Bereitstellung von Absonderungsräumen in fast allen Distriktspolizeibezirken sind die Grundlagen für die Durchführung der Maßnahmen geschaffen worden, die zur wirksamen Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten erforderlich sind.

Durch das Reichsgesetz über die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten und durch die hierzu erlassenen Ausführungs- und Vollzugsvorschriften wurden die Maßnahmen vorgeschrieben, die gegen Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken zu ergreifen sind.

Zur Bekämpfung weiterer übertragbarer Krankheiten erlassen die Staatsministerien des Innern beider Abteilungen und das Staatsministerium für Verkehrsangelegenheiten — das Staatsministerium des Innern auf Grund des Art. 67 Abs. 2 des Polizeistrafgesetzbuches und des § 21 Abs. II der Zuständigkeitsverordnung vom 4. I. 1872 — im Einverständnisse mit den Staatsministerien des K. Hauses und des Aeußern, der Justiz, dann der Finanzen und dem Kriegsministerium folgende Vorschriften:

Abschnitt I. Anzeigepflicht.

§ 1. Anzeige.

a. bei Erkrankungs- und Todesfällen.

I. Jede Erkrankung und jeder Todesfall an:
Diphtherie (Krupp, Rachen- und Halsbräune),
Genickstarre, übertragbarer,
Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber),
Ruhr, übertragbarer,
Scharlach (Scharlachfieber),
Typhus (Unterleibstyphus),
Wurmkrankheit (Anchylostomiasis),
Milzbrand,
Rotz,
Tollwut,
Trichinose,
sogen. Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus),
jede Erkrankung an übertragbarer Augeneiterung (Ophthalmoblennorrhöe) bei Neugeborenen und an Körnerkrankheit (Granulose, Trachom) mit Eiterabsonderung,
jeder Todesfall an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose (Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht),
jede Erkrankung an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, wenn der Kranke in einer Unterrichts- oder Erziehungsanstalt oder in dazu gehörigen Räumlichkeiten wohnt oder eine solche Anstalt besucht,
ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Distriktspolizeibehörde (in München der Polizeidirektion) anzuzeigen.

b. bei Verdachtsfällen.

II. Der gleichen Behörde ist weiter anzuzeigen:
Jede Erkrankung und jeder Todesfall, die den Verdacht von Kindbettfieber, übertragbarer Ruhr, Typhus, Milzbrand, Rotz begründen,
jede Bißverletzung durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere,

c. bei Wechsel des Aufenthaltsortes und der Wohnung

jeder Wechsel des Aufenthaltsortes und der Wohnung bei Personen, die an einer der in Abs. I genannten Krankheiten leiden.

Liegt der neue Aufenthaltsort in dem Bezirk einer anderen Distriktspolizeibehörde, so ist der Wechsel der für den bisherigen Aufenthaltsort zuständigen Distriktspolizeibehörde anzuzeigen. Der Distriktspolizeibehörde des neuen Aufenthaltsortes ist nach Abs. I eine neue Anzeige zu erstatten.

III. Die Anzeige bei Todesfällen ist auch zu erstatten, wenn die Krankheit, die Anzeige bei Erkrankungen auch dann, wenn der Verdacht der Erkrankung nach Abs. II angezeigt worden ist.

Anzeigefrist.

IV. Die Anzeigen nach Abs. I und II sind binnen 24 Stunden zu erstatten.

Die Frist beginnt mit der Kenntnis des Todes-, Erkrankungs-, Verdachtsfalles und für die neue Anzeigeerstattung bei Verlegung des Aufenthaltsortes in den Bezirk einer anderen Distriktspolizeibehörde mit der Ankunft des Kranken an dem neuen Aufenthaltsorte, die Frist für die Anzeige des Wechsels des Aufenthaltsortes oder der Wohnung mit dem Zeitpunkte des Auszuges des Kranken.

V. Die Regierungen, Kammern des Innern, und die Distriktspolizeibehörden werden ermächtigt, in ihren Bezirken oder in Teilen von solchen durch polizeiliche Vorschriften die Anzeigepflicht auch einzuführen

1. für Erkrankungsfälle an offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose, wenn die Kranken infolge ungünstiger Wohnungsverhältnisse ihre Umgebung erheblich gefährden.
2. für Erkrankungs- und Todesfälle an Masern und Keuchhusten, wenn die Krankheiten mit besonderer Bösartigkeit auftreten.

§ 2. Zur Anzeige verpflichtete Personen.

I. Zur Anzeige verpflichtet sind:

a) bei Verdachts- oder Erkrankungsfällen, sowie bei Wechsel des Aufenthaltsortes und der Wohnung
   1. der zugezogene Arzt,
   2. jede sonst mit der Behandlung des Erkrankten beschäftigte Person,
   3. der Haushaltungsvorstand,
   4. jede mit der Pflege des Erkrankten berufsmäßig beschäftigte Person,
   5. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Verdachts- oder Erkrankungsfall sich ereignet hat.
b) bei Todesfällen
   der Leichenschauer.

II. Die Verpflichtung der unter a Ziffer 2—5 genannten Person tritt nur dann ein, wenn ein in einer vorausgehenden Ziffer genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist. Die Verpflichtung der Aerzte zur Anzeigeerstattung besteht nur gegenüber der Distriktspolizeibehörde, in deren Bezirk sie tätig werden.

III. Zur Anzeige von Erkrankungen an offener Lungen- und Kehlkopftuberkulose nach § 1 Abs. I und Abs. V Ziffer 1 sind nur die in § 2 Abs. 1 und 2 genannten Personen verpflichtet.

IV. Die unter Abs. I Ziffer 3—5 bezeichneten Personen können die Anzeige auch der für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständigen Ortspolizeibehörde erstatten. Diese hat die Anzeige sofort der Distriktspolizeibehörde zu übersenden.

V. Die Anzeigepflicht der Hebammen bei Fieber der Wöchnerin bemißt sich nach ihrer Dienstanweisung.

§ 3. Anzeigepflicht in Anstalten und auf Schiffen.

I. Bei Krankheits- und Todesfällen, die sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, obliegt die Erstattung der Anzeige nach § 1 ausschließlich dem Vorsteher der Anstalt oder der von der zuständigen Stelle bestimmten Person.

II. Auf Schiffen oder Flößen gilt der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter als der zur Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand;

die Anzeige ist an die für die nächstgelegene bayerische Anlandestelle zuständige Orts- oder Distriktspolizeibehörde zu erstatten.

§ 4. Form und Inhalt der Anzeige.

I. Die Anzeige ist mündlich oder schriftlich zu erstatten. Die schriftliche Anzeige gilt mit der Aufgabe zur Post als erstattet. Erfolgt die Mitteilung durch den Fernsprecher, so hat binnen der Anzeigepflicht auch noch die schriftliche Benachrichtigung stattzufinden.

II. Die Anzeige soll enthalten:
die Bezeichnung der Krankheit,
des Erkrankten oder Gestorbenen
Ruf- und Familiennamen,
Geschlecht,
Alter,
Familienstand (ob ledig, verheiratet oder verwitwet),
Beruf oder Gewerbe,
Stelle der Beschäftigung,
gegenwärtigen Wohnort und bei Wechsel: neuen Wohnort,
gegenwärtige Wohnung und bei Wechsel: neue Wohnung,
bei Kindern auch:
den Namen und Stand der Eltern,
die Angabe der besuchten Anstalt und Klasse,
den Tag der Erkrankung, — des Todes,
die Angabe, ob schulpflichtige Kinder im Hausstande vorhanden sind und welche Schule sie besuchen,
den Namen und Wohnort des zugezogenen Arztes, bei Kindbettfieber der zugezogenen Hebamme,
etwa veranlaßte besondere Bemerkungen: über die Quelle der Ansteckung, ferner darüber, ob, wann und woher der Erkrankte (Gestorbene) zugereist war, über die Verbringung des Kranken in ein Krankenhaus, über den Grund der Anzeige bei Tuberkulose (Wohnungswechsel, Wohnen in einer Unterrichts- oder Erziehungsanstalt, Besuch einer solchen Anstalt usw.),
den Ort und den Tag der Anzeigeerstattung, die deutliche Unterschrift des Anzeigenden mit Angabe des Standes und der Wohnung.

III. Die schriftlichen Anzeigen können mittels Formblättern und Umschlägen, die mit entsprechenden Vordruck versehen sind, ohne Kosten für die Anzeigenden erstattet werden. Die Formblätter mit Umschlägen sind bei den Orts- und Distriktspolizeibehörden erhältlich.

IV. Zur Aufnahme einer mündlichen Anzeige hat die Ortspolizeibehörde in den Fällen des § 2 Abs. IV und die Distriktspolizeibehörde ein Formblatt zu benutzen.

V. Die Distriktspolizeibehörde hat die eingelaufenen oder aufgenommenen Anzeigen sofort durch einen eigenen Boten dem Bezirksarzte gegen Rückgabe zu übermitteln. Ebenso hat sie, wenn sie auf andere Weise einen anzeigepflichtigen Erkrankungs- oder Todesfall erfährt, hiervon ungesäumt den Bezirksarzt zu benachrichtigen.

Abschnitt II. Ermittelung der Krankheit.

§ 5.

I. Wird eine Erkrankung oder ein Todesfall an übertragbarer Genickstarre, übertragbarer Ruhr, Typhus (Unterleibstyphus), Wurmkrankheit (Anchylostomiasis), Milzbrand, Rotz, Trichinose, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus), eine Erkrankung an Körnerkrankheit mit Eiterabsonderung oder eine Erkrankung oder ein Todesfall, die den Verdacht einer Erkrankung an übertragbarer Ruhr, Typhus, Milzbrand, Rotz begründen, aus einer bis dahin von der Krankheit freien Gemeinde angezeigt, so hat der Bezirksarzt alsbald an Ort und Stelle Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen, eine bakteriologische Untersuchung durch die Bakteriologischen Untersuchungsanstalten herbeizuführen, wenn dies zur Sicherstellung der Diagnose nötig ist, und bei Gefahr im Verzuge die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln selbständig anzuordnen, soweit nicht die Anordnung in Abschnitt III einer Behörde vor-

behalten ist. Wenn bei Todesfällen zur Sicherung der Diagnose (zur bakteriologischen Feststellung der Krankheit) die Leichenöffnung notwendig ist, ist vorher eine genehmigende Anordnung der Distriktspolizeibehörde zu veranlassen.

II. Das gleiche Verfahren hat stattzufinden:

a) bei Anzeigen von Erkrankungen an Diphtherie und Scharlach, wenn die Anzeige der ersten Erkrankung nicht durch einen Arzt erfolgt ist oder diese Krankheiten in besonders großer Verbreitung oder bösartiger Form auftreten,

b) wenn in einer Gemeinde eine Krankheit in größerer Verbreitung auftritt, deren Art nicht festgestellt ist, aber den Verdacht einer übertragbaren Krankheit begründet.

III. Auch ohne Anzeige kann der Bezirksarzt in dringenden Fällen nach Abs. I und II tätig werden, wenn er von den dort bezeichneten Erkrankungen, Todes- oder Verdachtsfällen auf andere Weise Kenntnis erhält. Ebenso kann er verfahren, wenn er von Erkrankungen oder Todesfällen, die den Verdacht einer Erkrankung an Trichinose, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus) begründen, Kenntnis erhält.

IV. In Gemeinden mit mehr als 10000 Einwohnern, in denen das Auftreten einer der in Abs. I genannten Krankheiten festgestellt ist, hat das Ermittelungsverfahren auch dann einzutreten, wenn neue Erkrankungsfälle in einem räumlich abgegrenzten, bis dahin von der Krankheit verschont gebliebenen Teile der Gemeinde vorkommen.

V. Das Ministerium des Innern behält sich vor, besondere Sachverständige zur Vornahme der Ermittelungen und zur Beratung über die Schutzmaßregeln an Ort und Stelle zu entsenden.

VI. Die in §§ 2 und 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem Bezirksarzte, den nach Abs. V entsandten besonderen Sachverständigen, der Orts- und der Distriktspolizeibehörde auf Befragen Auskunft zu geben.

VII. Die Ortspolizeibehörde hat dem Bezirksarzte, soweit es zur Durchführung seiner Anordnungen nötig ist, die erforderliche Hilfe zu leisten.

VIII. Das Ergebnis der Ermittelungen und die bereits getroffenen Anordnungen sind von dem Bezirksarzte sofort der Distriktspolizeibehörde unter Rückgabe der Anzeige und mit gutachtlicher Aeußerung über die etwa noch zu treffenden Anordnungen schriftlich mitzuteilen.

IX. Die vom Bezirksarzte erlassenen vorläufigen Anordnungen bleiben solange in Kraft, bis von der Distriktspolizeibehörde die veranlaßten Verfügungen getroffen werden.

§ 6.

I. Soweit der Bezirksarzt oder der entsandte besondere Sachverständige zur Feststellung der Krankheit es für erforderlich und eine Schädigung des Kranken für ausgeschlossen hält, ist ihm der Zutritt zu dem Kranken und die Vornahme von Untersuchungen zu gestatten. Wenn der Kranke sich in ärztlicher Behandlung befindet, hat sich der Bezirksarzt und der besondere Sachverständige vorher mit dem behandelnden Arzte ins Benehmen zu setzen. Sollte ein vorgängiges Benehmen ausnahmsweise nicht möglich sein, so ist der behandelnde Arzt von der Untersuchung nachträglich zu verständigen.

II. Der Zutritt zur Leiche ist in allen Fällen zu gestatten.

III. Bei übertragbarer Genickstarre, übertragbarer Ruhr, Typhus, Milzbrand, Rotz, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus) kann ein Oeffnen der Leiche durch die Distriktspolizeibehörde angeordnet werden, insoweit der Bezirksarzt oder der besondere Sachverständige es zur Sicherung der Diagnose für erforderlich hält.

Wenn der Gestorbene in Behandlung eines Arztes stand, soll der Bezirksarzt oder der besondere Sachverständige den Arzt von dem Zeitpunkt und dem Orte der Leichenöffnung rechtzeitig benachrichtigen und ihn zur Teilnahme einladen.

IV. Bei Milzbrand und Rotz hat der Bezirksarzt oder der besondere Sachverständige sich im Ermittelungsverfahren, soweit erforderlich, mit dem Bezirkstierarzt ins Benehmen zu setzen.

Abschnitt III. Schutzmassregeln.

§ 7. Allgemeines.

I. Zur Verhütung der Weiterverbreitung der in § 1 genannten Krankheiten kommen für die Dauer der Krankheitsgefahr Schutzmaßregeln nach den §§ 8—23 in Betracht. Dabei gelten im Sinne dieser Vorschriften als „krankheitsverdächtig" solche Personen, die unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch einer der in § 1 aufgeführten Krankheiten befürchten lassen, als „ansteckungsverdächtig" solche Personen, bei denen zwar Krankheitserscheinungen noch nicht vorliegen, bei denen aber infolge ihrer nahen Berührung mit Kranken die Annahme gerechtfertigt ist, daß sie den Ansteckungsstoff in sich aufgenommen haben.

II. Weitergehende Maßregeln als sie nach den §§ 8—23 zulässig sind, können im einzelnen Falle von den Distriktspolizeibehörden nach Antrag des Bezirksarztes auf Grund des Art. 67 Abs. II PStrGB. angeordnet werden, soweit die Zuständigkeit hierzu nicht anderen Behörden vorbehalten ist.

III. Die Distriktspolizeibehörde hat von ihren Anordnungen in mittelbaren Gemeinden die Ortspolizeibehörde zu verständigen.

IV. Der Bezirksarzt hat sich bei den vorläufigen Anordnungen und bei seinen Anträgen, die Distriktspolizeibehörde bei ihren Anordnungen auf diejenigen Maßregeln zu beschränken, die nach Lage des Falles unbedingt notwendig sind, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern. Unter keinen Umständen darf durch Anwendung zu weit gehender Maßregeln unnötig in die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung eingegriffen werden. In allen Fällen ist zunächst durch geeignete Belehrung darauf hinzuweisen, daß die Betroffenen freiwillig den Anordnungen Folge leisten; auch ist die Mitwirkung der behandelnden Aerzte anzustreben.

V. Beschwerden gegen die von dem Bezirksarzt oder der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen haben keine aufschiebende Wirkung, doch kann die entscheidende Behörde den Vollzug schon vor Bescheidung der Beschwerde vorläufig einstellen.

VI. Soweit sich die Distriktspolizeibehörde nicht durch die Berichte der Ortspolizeibehörde, die Mitteilungen der behandelnden Aerzte usw. von dem Verlauf und dem Ablauf der Krankheit, sowie von der Durchführung und Wirksamkeit der zur Bekämpfung getroffenen Maßnahmen überzeugen kann, hat der Bezirksarzt auf ihr Ersuchen Erhebungen an Ort und Stelle vorzunehmen.

§ 8. Beobachtung.

I. Krankheitsverdächtige und ansteckungsverdächtige Personen können bei übertragbarer Ruhr, Typhus, Rotz, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus) einer Beobachtung unterworfen werden.

II. Die Beobachtung wird in der Regel darin bestehen, daß durch einen Arzt oder durch eine sonst geeignete Person in angemessenen Zwischenräumen Erkundigungen über den Gesundheitszustand der krankheits- oder ansteckungsverdächtigen Personen eingezogen werden; außerdem können auch bakteriologische Untersuchungen herbeigeführt werden.

III. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthaltsortes oder der Arbeitsstätte zum Zweck der Beobachtung kann, soweit nicht eine Absonderung nach § 10 Abs. II zu verfügen ist, nur gegenüber Personen angeordnet werden, die obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

IV. Die Anordnungen sind sofort wieder aufzuheben, sobald sich der Ansteckungs- oder Krankheitsverdacht als unbegründet erwiesen hat, bei Verdacht einer Erkrankung an übertragbarer Ruhr oder an Typhus insbesondere dann, wenn mindestens zwei Stuhlproben des Kranken, die in einem Zwischenraume von je einer Woche entnommen worden sind, bei der bakteriologischen Untersuchung als frei von den Krankheitserregern befunden worden sind.

§ 9. Meldepflicht.

I. Die Regierungen, Kammern des Innern, können für den Umfang des Regierungsbezirkes oder einzelne Teile des Regierungsbezirkes anordnen, daß zureisende Personen, die sich innerhalb vier Wochen vor ihrer Ankunft in Gegenden aufgehalten haben, in denen übertragbare Ruhr oder Typhus aus-

gebrochen oder Körnerkrankheit einheimisch war, sich nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde zu melden haben.

II. Der Meldepflicht unterliegen auch ortsangehörige Personen, die sich innerhalb vier Wochen vor ihrer Rückkehr in Gegenden aufgehalten haben, in denen übertragbare Ruhr oder Typhus ausgebrochen waren.

§ 10. Absonderung.

I. Für Personen, die an Diphtherie (Krupp), übertragbarer Genickstarre, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus, Rotz erkrankt sind, ist ohne Verzug die Absonderung anzuordnen, ebenso für Personen, die an Wurmkrankheit (Anchylostomiasis), Milzbrand oder an Körnerkrankheit mit Eiterabsonderung erkrankt sind, wenn nach den besonderen Verhältnissen des Falles eine Uebertragung der Krankheit auf andere Personen zu befürchten ist.

II. Bei übertragbarer Ruhr, Typhus können auch krankheitsverdächtige Personen abgesondert werden, wenn eine große Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen der Krankheit besteht; es ist jedoch durch bakteriologische Untersuchung sobald als möglich festzustellen, ob die Erkrankung vorliegt.

III. Die Absonderung hat derart zu erfolgen, daß eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen wird. Der Kranke darf mit anderen Personen als den zu seiner Pflege bestimmten, dem Arzte und dem Seelsorger nicht in Berührung kommen. Angehörigen und Urkundspersonen ist der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Vorsichtsmaßregeln gestattet.

IV. Die Absonderung ist, wenn möglich, in der Behausung des Kranken durchzuführen. Nur dort, wo in der Behausung des Kranken eine ausreichende Absonderung nach den besonderen Verhältnissen nicht möglich ist, oder die Absonderung oder die angeordnete fortlaufende Desinfektion nicht entsprechend durchgeführt wird, ist die Ueberführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen geeigneten Unterkunftsraum anzuordnen, sofern sie nach dem im Benehmen mit dem behandelnden Arzte abzugebenden Gutachten des Bezirksarztes ohne Schädigung des Kranken ausführbar ist.

Die Anordnung der Ueberführung wird hiernach besonders dann zu erwägen sein, wenn der Kranke in einer Unterrichts- oder Erziehungsanstalt wohnt oder wenn in seiner Behausung eine Wirtschaft oder ein sonstiges Nahrungs- und Genußmittelgewerbe betrieben wird.

V. Personen, die an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose erkrankt sind, sollen derart abgesondert werden, daß jedenfalls eine erhebliche Gefährdung der Umgebung des Kranken vermieden wird. Die nach § 7 Abs. IV gebotene Rücksichtnahme auf die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung wird hier unter Umständen dazu führen, daß die Bereitstellung eines eigenen Bettes als genügend erachtet werden darf.

Die Absonderung von Personen, die in einer Unterrichts- oder Erziehungsanstalt oder in dazu gehörigen Räumlichkeiten wohnen, ist so einzurichten, daß eine Gefährdung der Besucher der Anstalt ausgeschlossen ist.

VI. Die Absonderung kranker, krankheitsverdächtiger und solcher Personen, die nach Abs. VII und § 15 Abs. III als Träger von Krankheitserregern abzusondern sind, hat in gesonderten Räumen zu erfolgen.

VII. Die Absonderung ist aufzuheben, sobald die Gefahr einer Weiterverbreitung der Krankheit beseitigt ist, bei Erkrankungen an übertragbarer Ruhr oder Typhus jedoch erst dann, wenn zwei Stuhlproben, die nach Ablauf des Fiebers in einem Zwischenraume von einer Woche entnommen worden sind, bei der bakteriologischen frei von den Krankheitserregen befunden worden sind. Ergeben die bakteriologischen Untersuchungen die fortdauernde Ausscheidung von Krankheitserregern, so ist die Absonderung gleichwohl aufzuheben, wenn 10 Wochen vom Beginne der Erkrankung ab verflossen sind; doch ist in diesem Falle die Person auf die Gefahr, die sie für ihre Umgebung bildet, aufmerksam zu machen und zur Befolgung der erforderlichen Vorsichtsmaßregeln anzuhalten.

§ 11. Fortlaufende Desinfektion.

Bei Erkrankungen an Diphtherie (Krupp), übertragbarer Genickstarre, Kindbettfieber, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus, Wurmkrankheit

(Anchylostomiasis), Milzbrand, Rotz, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung (Paratyphus), Körnerkrankheit mit Eiterabsonderung, ferner bei Erkrankungen an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, die der Anzeigepflicht unterliegen, und bei Erkrankungen von Neugeborenen an übertragbarer Augeneiterung ist eine fortlaufende Desinfektion nach Maßgabe der Desinfektionsanweisung vom 31. März 1909 (MABl. S. 287) anzuordnen.

Die gleiche Anordnung hat bei Verdacht einer Erkrankung an übertragbarer Ruhr, Typhus, Fleisch-, Fisch- oder Wurstvergiftung (Paratyphus) zu erfolgen.

§ 12. Beschränkung der Krankenbeförderung.

I. Zur Beförderung von Personen, die an Diphtherie (Krupp), übertragbarer Genickstarre, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus oder Rotz oder unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Verdacht der Erkrankung an übertragbarer Ruhr oder Typhus begründen, dürfen dem allgemeinen öffentlichen Verkehre dienende Beförderungsmittel (Eisenbahnen, Postfahrzeuge, Strassenbahnen, Droschken und dergl.) nicht benutzt werden, wenn andere geeignetere Beförderungsmittel (eigenes Fuhrwerk, Krankenwagen) zur Verfügung stehen.

II. Vor der Benutzung eines Beförderungsmittels, das dem allgemeinen öffentlichen Verkehre dient, ist der Leiter des Beförderungsmittels, vor der Benutzung der Bahn die Station des Abgangsortes von der Erkrankung oder dem Krankheitsverdachte zu verständigen. Die Beförderungsmittel sind vor ihrer Wiederbenutzung nach Maßgabe der Desinfektionsanweisung vom 31. März 1909 (MABl. S. 287) zu desinfizieren.

§ 13. Verkehrsbeschränkung für das berufsmäßige Pflegepersonal.

I. Die berufsmäßigen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen haben bei der Pflege von Personen, die an Diphtherie (Krupp), Kindbettfieber, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus oder offener Tuberkulose erkrankt sind, und bei der Pflege von Neugeborenen, die an übertragbarer Augeneiterung erkrankt sind, ein waschbares Ueberkleid zu tragen und die Vorschriften der Desinfektionsanweisung vom 31. März 1909 (MABl. S. 287) genau zu befolgen; sie dürfen insbesondere Personen, die an anderen Krankheiten leiden, gleichzeitig nur pflegen, wenn sie vor dem jedesmaligen Zutritt zu solchen Personen sich selbst und die bei der Pflege gebrauchten und wieder benötigten Gegenstände gründlich reinigen und desinfizieren und das Ueberkleid wechseln.

II. Für Hebammen sind die besonderen Bestimmungen der Dienstanweisung maßgebend.

§ 14. Fernhaltung vom Besuche der Unterrichts- und Erziehungsanstalten einschließlich der Anstalten für Kinder im vorschulpflichtigen Alter.

I. Jugendliche Personen, die an Diphtherie (Krupp), übertragbarer Genickstarre, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Rotz, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus) erkrankt sind, müssen solange vom Besuche von Unterrichts- und Erziehungsanstalten ferngehalten werden, bis nach einer Bescheinigung des behandelnden Arztes oder in Ermangelung einer solchen nach dem Gutachten des Bezirksarztes eine Uebertragung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist.

II. Außerdem sind vom Besuche von Unterrichts- und Erziehungsanstalten jugendliche Personen fernzuhalten,

- die an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose leiden,
- die an Körnerkrankheit leiden, solange deutliche Eiterabsonderung der Augenbindehäute vorhanden ist,
- die an Masern leiden, bis zu drei Wochen nach Beginn der Krankheit,
- die an Keuchhusten leiden, solange krampfhafte Hustenanfälle vorhanden sind,
- die an Mumps (Parotitis epidemica) oder an Windpocken (Varicellen, Schafblattern) leiden, solange die äußeren Krankheitserscheinungen vorhanden sind.

III. Jugendliche Personen aus Wohnungen, in denen eine der im Abs. I genannten Krankheiten ausgebrochen ist, müssen vom Besuche von

Unterrichts- und Erziehungsanstalten soweit und solange ferngehalten werden, als eine Verschleppung der Krankheit durch sie nach Bescheinigung des behandelnden Arztes oder nach dem Gutachten des Bezirksarztes zu befürchten ist; ohne ärztliche Bescheinigung oder amtsärztliches Gutachten sind sie zu dem Besuche der Anstalten nur dann wieder zuzulassen, wenn die Erkrankten genesen oder aus der gemeinschaftlichen Wohnung entfernt oder gestorben sind, und wenn nach Ablauf von 8 Tagen, bei Typhus von 3 Wochen ein weiterer Erkrankungsfall in der Wohnung nicht mehr vorgekommen ist.

Im übrigen ist darauf hinzuwirken, daß während der Ansteckungsgefahr der Verkehr dieser Personen mit anderen auf Straßen, öffentlichen Plätzen und in Kirchen, sowie ihre Besuche in anderen Familien möglichst eingeschränkt werden.

IV. Auf Lehrer und Erzieher, die an einer der in Absatz I und II genannten Krankheiten erkrankt sind, finden die Vorschriften in Abs. I und II entsprechende Anwendung.

Lehrer und Erzieher, in deren Wohnung eine der in Absatz I genannten Krankheiten ausgebrochen ist, haben im Verkehre mit Schülern und Zöglingen die nach Anhörung des beamteten Arztes angeordneten Vorsichtsmaßregeln zu beobachten.

V. Die Vorschriften des Abs. IV gelten auch für Anstaltsbedienstete, die mit Schülern, Zöglingen, Lehrern oder Erziehern in Berührung kommen.

VI. Die Vorschriften der Abs. I—V finden auch auf den Besuch von Kirchen, der Christenlehre und des Kommunions- und Konfirmandenunterrichts entsprechende Anwendung.

VII. Die Anordnungen zum Vollzug und im Sinne der Abs. IV—VI kommen bei Anstalten, die dem Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten unmittelbar unterstehen, diesem Staatsministerium, bei Anstalten, die in Bezug auf die äußeren Schulverhältnisse den Regierungen, Kammern des Innern unterstehen, den Kammern des Innern, im übrigen den Distriktpolizeibehörden zu.

VIII. Die Distriktspolizeibehörden haben von ihren Anordnungen im Sinne der Abs. I—VI die beteiligten Schulbehörden unverzüglich zu benachrichtigen.

§ 15. **Schließung von Unterrichts- und Erziehungsanstalten einschließlich der Anstalten für Kinder im vorschulpflichtigen Alter. Aussperrung von Schülern und Zöglingen.**

I. Für Gemeinden, in denen Diphtherie (Krupp), übertragbare Genickstarre, übertragbare Ruhr, Scharlach, Typhus epidemisch oder Masern, Keuchhusten besonders bösartig auftreten, kann nach Anhörung des Bezirksarztes die Schließung aller oder einzelner Unterrichts- und Erziehungsanstalten oder Anstaltsabteilungen angeordnet werden.

II. Soweit die genannten Krankheiten in einem räumlich abgegrenzten Bezirk auftreten, können sämtliche Schüler und Zöglinge aus diesem Bezirke vom Anstaltsbesuch ausgeschlossen werden, wenn begründete Aussicht besteht, daß hierdurch eine Uebertragung der Krankheit auf andere Anstaltsbesucher verhütet wird.

III. Wenn eine im Anstaltsgebäude selbst wohnende Person an Diphtherie (Krupp), übertragbarer Genickstarre, Masern, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus, Rotz erkrankt ist und nicht wirksam abgesondert werden kann, so ist die Anstalt zu schließen.

Internate, Pensionate und ähnliche Anstalten, in denen eine dieser Krankheiten auftritt, sollen wegen der Gefahr einer Verschleppung der Krankheit nach Auswärts im Allgemeinen nicht ausgeschlossen werden. Während der Dauer und unmittelbar nach dem Erlöschen der Krankheit dürfen Zöglinge nur dann entlassen werden, wenn sie nach dem Gutachten des Anstaltsarztes oder des Bezirksarztes gesund sind und wenn soweit erforderlich eine Desinfektion vorgenommen worden ist. Kranke und krankheitsverdächtige Zöglinge können nur dann entlassen werden, wenn die nach dem Gutachten des Bezirksarztes zur Verhütung einer Verschleppung der Krankheit notwendigen Vorsichtsmaßregeln getroffen werden. Zöglinge, die an Diphtherie erkrankt waren, müssen solange in den Anstalten abgesondert oder von den Anstalten fern gehalten werden, bis durch bakteriologische Untersuchung festgestellt ist, daß sie frei von den Krankheitserregern sind. Das Gleiche gilt von Zög-

lingen, die 10 Wochen nach Beginn der Erkrankung an übertragbarer Ruhr oder an Typhus noch die Krankheitserreger ausscheiden.

IV. Die Wiedereröffnung von Anstalten und Anstaltsabteilungen sowie die Zulassung ausgesperrter Schüler und Zöglinge eines Bezirkes darf nur auf Grund eines Gutachtens des Bezirksarztes, die Wiedereröffnung von Anstalten und Anstaltsabteilungen ferner nur nach gründlicher Reinigung und Desinfektion der in Betracht kommenden Anstalts- und Nebenräume erfolgen.

V. Die Vorschriften der Abs. I—IV finden auf den Besuch von Kirchen, auf die Christenlehre, den Kommunions- und Konfirmationsunterricht entsprechende Anwendung.

VI. Die Anordnung der Schließung und Wiedereröffnung kommt bei Anstalten, die dem Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten unmittelbar unterstehen, diesem Staatsministerium, bei Anstalten, die in Bezug auf die äußeren Verhältnisse den Regierungen, Kammern des Innern, unterstehen, den Regierungen, Kammern des Innern, im Uebrigen den Distriktspolizeibehörden zu; bei Gefahr im Verzuge kann die Schließung von Volksschulen sowie die Ausschließung von Volksschülern nach Abs. II auch durch die Ortsschulbehörde vorläufig angeordnet werden; die Distriktspolizeibehörde ist hiervon sofort zu benachrichtigen.

VII. Die Distriktspolizeibehörden haben von der Anordnung der Schließung und Wiedereröffnung unverzüglich die beteiligten Schulbehörden zu verständigen.

§ 16. Beschränkung des Gewerbebetriebs und des Verkehrs mit Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheiten zu verbreiten.

I. Beim Auftreten von Diphtherie (Krupp), übertragbarer Genickstarre übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Trichinose, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung (Paratyphus) kann von der Distriktspolizeibehörde insolange, die gewerbsmäßige Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung oder der gewerbsmäßige Vertrieb von Nahrungs- und Genußmitteln oder von sonstigen Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, einer gesundheitspolizeilichen Ueberwachung unterstellt oder der Betrieb des Gewerbes ganz oder teilweise untersagt werden, als die Gefahr der Verschleppung der Krankheitserreger durch den Geschäftsbetrieb besteht.

Für Nahrungs- und Genußmittel, bei denen der Verdacht begründet ist, daß sie mit den Krankheitserregern behaftet sind, kann die Vernichtung angeordnet werden.

II. Weitergehende Maßnahmen, insbesondere die vorübergehende Ausschließung solcher Gegenstände vom Gewerbebetriebe im Umherziehen, können von den Regierungen, Kammern des Innern, für den Regierungsbezirk oder Teile des Regierungsbezirkes angeordnet werden.

§ 17. Beschränkung der Wasserbenützung.

In Ortschaften, die von übertragbarer Ruhr oder von Typhus befallen sind, sowie in deren Umgebung kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen, ferner der dem öffentlichen Gebrauch dienenden Bade-, Schwimm- und Waschanstalten insolange verboten oder beschränkt werden, als die Annahme begründet ist, daß durch das Wasser die Krankheitserreger verschleppt werden.

§ 18. Vorschriften für öffentliche Bedürfnisanstalten.

In Ortschaften, die von übertragbarer Ruhr oder von Typhus befallen sind, können von der Distriktspolizeibehörde für öffentliche Bedürfnisanstalten auf die Dauer der Gefahr besondere Vorschriften über Reinigung, Desinfektion usw. erlassen werden.

§ 19. Vorsichtsmaßregeln bei der Behandlung von Leichen.

I. Für die Aufbahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, die an Diphtherie (Krupp), übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Rotz gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden.

II. Als solche Vorsichtsmaßregeln kommen neben den für die Beförderung von Leichen allgemein vorgeschriebenen Maßnahmen in Betracht:

Unterlassung der Waschung der Leiche, soweit nicht religiöse Vor-

schriften entgegen stehen, Einhüllen der Leiche in Tücher, die mit einer desinfizierenden Flüssigkeit getränkt sind, baldige Einsargung.

Bedeckung des Sargbodens mit einem aufsaugenden Stoffe (Sägspähnen),

baldige Schließung des Sarges,

baldige Bestattung,

Beschränkung des Zutritts zum Sterbehaus und der Teilnahme an der Beerdigung (besonders für Schulkinder),

Desinfektion der Personen, welche die Einsargung vorgenommen haben, nach Maßgabe der Desinfektionsanweisung vom 31. März 1909 (MABl. S. 287).

§ 20. Schlußdesinfektion.

I. Bei Diphtherie (Krupp), übertragbarer Genickstarre, übertragbarer Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand, Rotz, offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose ist in der Regel von der Distriktspolizeibehörde nach Ablauf der Krankheit und nach Entfernung des Kranken oder Gestorbenen aus der Wohnung (auch aus Schulräumen und dergl.) für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, die Desinfektion nach Maßgabe der Desinfektionsanweisung vom 31. März 1909 (MABl. S. 287) und für Gegenstände, bei denen die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnis zu ihrem Werte zu kostspielig ist, die Vernichtung anzuordnen.

II. Kleidungsstücke, Leibwäsche und Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, die von Kranken während einer derartigen Erkrankung gebraucht oder die bei ihrer Behandlung und Pflege benützt worden sind, dürfen nicht an andere überlassen oder sonst in Verkehr gebracht werden, bevor sie vorschriftsmäßig desinfiziert wurden.

§ 21. Bekanntmachung der Anzeigepflicht.

Sobald in einer Gemeinde Diphtherie (Krupp), übertragbare Genickstarre, übertragbare Ruhr, Scharlach, Typhus, Wurmkrankheit (Anchylostomiasis) epidemisch auftritt, hat die Distriktspolizeibehörde durch öffentliche Bekanntmachung die Verpflichtung zur Anzeige in Erinnerung zu bringen und die Bevölkerung in geeigneter Weise über das Wesen, die Verhütung und Bekämpfung der Krankheit zu belehren. Dabei ist jede unnötige Beunruhigung der Bevölkerung zu vermeiden. Die Bekanntmachung ist, wenn veranlaßt, zu wiederholen.

§ 22. Verbot oder Beschränkung von Menschenansammlungen.

Für Gemeinden oder Gemeindeteile, in denen übertragbare Genickstarre, übertragbare Ruhr oder Typhus epidemisch, Diphtherie oder Scharlach besonders bösartig auftritt, kann von den Regierungen, Kammern des Innern, die Abhaltung von Märkten (Messen) oder anderen Veranstaltungen, die eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, verboten oder beschränkt werden.

§ 23. Herbeiführung ärztlicher Behandlung.

I. Für Personen, die an Körnerkrankheit mit Eiterabsonderung leiden und nicht glaubhaft nachweisen, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden,

für Personen, die gewerbsmäßig Unzucht treiben und an einer übertragbaren Geschlechtskrankheit (Syphilis, Tripper, weichem Schanker) leiden,

für Neugeborene, die an übertragbarer Augeneiterung (Ophthalmoblennorrhöe) erkrankt sind, kann von der Distriktspolizeibehörde eine ärztliche Behandlung, wenn erforderlich in einem Krankenhause, angeordnet werden.

II. Personen, die von einem tollen oder der Tollwut verdächtigen Tiere gebissen worden sind, sind nach den hierüber geltenden besondern Vorschriften zu veranlassen, sich sofort einer Behandlung in dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin zu unterziehen.

Abschnitt IV. Sonstiges.

§ 24. Zuständigkeit der Polizeibehörden.

I. Die Anordnung der Schutzmaßnahmen, sowie deren Aufhebung

steht, soweit nicht anderes in einzelnen Paragraphen bestimmt ist, den Distriktspolizeibehörden, in München der Polizeidirektion — soweit die allgemeine Zuständigkeit des Stadtmagistrats berührt wird, im Benehmen mit diesem — zu.

II. Die Distriktspolizeibehörden haben in steter Fühlung mit dem Amtsarzt und den entsandten besonderen Sachverständigen vorzugehen.

III. Die Regierungen, Kammern des Innern, können an Stelle der Distriktspolizeibehörden unmittelbare Anordnungen treffen; die gleiche Befugnis behält sich das Statsministerium des Innern und soweit der Geschäftskreis des Staatsministeriums des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten berührt ist, dieses Staatsministerium vor.

IV. Die Ortspolizeibehörden, in München die Polizeidirektion, haben — die Polizeidirektion, soweit die allgemeine Zuständigkeit des Stadtmagistrats München berührt ist, im Benehmen mit diesem — für die Durchführung der Anordnungen zu sorgen, insbesondere den Vollzug zu überwachen.

§ 25. Zuständigkeit der Eisenbahnbehörden.

Für den Eisenbahn- und Postbetrieb, sowie für Schiffahrtsbetriebe, die im Anschluß an den Eisenbahnverkehr geführt werden und der Eisenbahnaufsichtsbehörde unterstellt sind, obliegt die Anordnung und Durchführung der Schutzmaßregeln ausschließlich der Verkehrsverwaltung.

§ 26. Zuständigkeit der Militärbehörden.

I. Die Anordnung und Durchführung von Schutzmaßregeln zur Bekämpfung der in § 1 genannten Krankheiten obliegt den Militär- und Marine, behörden, insoweit davon

1. dem aktiven Heer oder der aktiven Marine angehörende Militärpersonen-
2. Personen, die in militärischen Dienstgebäuden untergebracht sind,
3. marschierende oder auf dem Transporte befindliche Militärpersonen und Truppenteile des Heeres und der Marine, sowie deren Ausrüstung und Gebrauchsgegenstände,
4. ausschließlich von der Militärverwaltung benutzte Grundstücke und Einrichtungen betroffen werden.

§ 27. Wechselseitige Benachrichtigungen der Militär- und Polizeibehörden.

Für die wechselseitigen Benachrichtigungen der Militär- und Polizeibehörden sind die besonderen Vorschriften maßgebend.

§ 28. Verfahren bei Nichtbefolgung der Anordnungen.

Wenn die nach Abschnitt III erlassenen Anordnungen nicht oder nicht entsprechend befolgt werden, so ist nach Art. 20 Abs. I und IV des PStrGB. zu verfahren.

§ 29. Kosten der Bekämpfung.

I. Die Kosten der Tätigkeit der Bezirksärzte und der besonderen Sachverständigen nach § 5 und 7 Abs. VI werden von der Staatskasse getragen; hierzu gehören auch die Kosten der von den Bezirksärzten, von den besonderen Sachverständigen oder von den behandelnden Aerzten für die Bezirksärzte und mit deren Zustimmung herbeigeführten bakteriologischen Untersuchungen.

II. Die Kosten, die auf die Tätigkeit der Ortspolizeibehörden und der Polizeidirektion München nach § 5 Abs. VII und § 24 Abs. IV erwachsen, haben die Gemeinden nach Art. 95, 142 bezw. 76 der beiden Gemeindeordnungen, in München die Staatskasse, zu tragen.

III. Soweit die Kosten der Bekämpfung nicht aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten sind, insbesondere auch nicht armenpflegliche oder versicherungsrechtliche Obliegenheiten in Frage kommen oder eine freiwillige Uebernahme von seiten der Gemeinden oder Distrikte beschlußmäßig erfolgt ist, sind die Kosten von den Betroffenen zu tragen.

IV. Bei besonderen Verhältnissen, namentlich bei Ueberbürdung von Gemeinden durch Leistungen zur Bekämpfung der in § 1 benannten Krankheiten, können Beihilfen aus Staatsmitteln gewährt werden.

V. Zweifels- und Streitfälle sind beschlußmäßig auszutragen.

§ 30. Strafvorschriften.

I. Soweit nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine

höhere Strafe verwirkt ist, werden mit Geldstrafe bis zu 90 M. oder mit Haft bis zu 4 Wochen bestraft:

Zuwiderhandlungen gegen die Anzeigepflicht (§§ 1, 2, 3, 4 Abs. I) gegen die Auskunftspflicht (§ 5 Abs. VI), gegen die Pflicht zur Gestattung des Zutrittes (§ 6 Abs. I und II), gegen die Schutzvorschriften nach Abschnitt III und die von den zuständigen Behörden oder Beamten (§ 5 Abs. I, §§ 9, 14 Abs. VII, § 15 Abs. VI, § 16 Abs. II, §§ 22 und 24) nach Abschnitt III getroffenen Schutzanordnungen.

II. Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften von Seite der mit dem Vollzuge der Vorschriften befaßten Beamten und Behörden, ferner Zuwiderhandlungen von Beamten und Bediensteten in öffentlichen Erziehungs- und Unterrichtsanstalten gegen die Vorschriften in § 14 und 15 unterliegen nicht der Strafvorschrift nach Abs. I, sondern werden im dienstaufsichtlichen und -strafrechtlichen Verfahren abgewandelt.

§ 31. Zeitpunkt des Inkrafttretens; Aufhebung bestehender Vorschriften.

I. Diese Vorschriften treten am 1. Juli 1911 in Kraft.

II. Vom gleichen Zeitpunkt an wird die Verordnung vom 22. Juli 1891 (GVBl. S. 229) mit Allerhöchster Ermächtigung aufgehoben.

Ober- und distriktspolizeiliche Vorschriften über die Bekämpfung der in § 1 und § 14 genannten Krankheiten treten, soweit ihr Inhalt mit den Vorschriften dieser Bekanntmachung in Widerspruch steht, außer Wirksamkeit; weitergehende Vorschriften können mit Genehmigung des Staatsministeriums des Innern aufrecht erhalten oder erlassen werden.

Dienstanweisung für die Hebammen. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 9. Mai 1911.

An Stelle der §§ 34 und 35 der Dienstanweisung für die Hebammen — s. die Ministerialbekanntmachung vom 9. Juni 1899 (GVBl. S. 416 ff.) — treten folgende Vorschriften.

V. Von der Möglichkeit, Ansteckungen zu übertragen.

§ 34. Wenn die Körperwärme einer Wöchnerin, unter der Achsel gemessen, 38° Celsius übersteigt, so ist die Wöchnerin als krank zu erachten.

Die Hebamme hat deshalb sofort die Beiziehung eines Arztes zu veranlassen. Gleichzeitig hat sie der Distriktspolizeibehörde den Fall anzuzeigen, hierbei zu berichten, ob ein Arzt und welcher Arzt beigezogen wurde oder wird, und sich der Berufsausübung bei anderen Gebärenden und Wöchnerinnen so lange zu enthalten, bis ihr diese von der Distriktspolizeibehörde oder dem Bezirksarzte gestattet wird.

§ 35. Die Anzeigepflicht bei festgestelltem Kindbettfieber bemißt sich nach der Ministerialbekanntmachung über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 9. Mai 1911 (GVBl. S. 426).

Wechselseitige Benachrichtigung der Militär- und Polizeibehörden über das Auftreten übertragbarer Krankheiten betr. Erlaß des Staatsministeriums des Innern vom 26. Mai 1911.

Zum Vollzuge der Reichskanzlerbekanntmachung vom 28. Februar l. Js. (R.-G.-Bl. S. 63)[1]) wird im Einverständnisse mit dem K. Kriegsministerium unter Aufhebung der Ministerialentschließung vom 15. Oktober 1902 (M.-A.-Bl. S. 505) folgendes angeordnet und bemerkt:

I. Zu A1 und B3 der Bekanntmachung.

Die in der Bekanntmachung bezeichneten Erkrankungen sind den Militärbehörden von den Distriktspolizeibehörden, in München von der K. Polizeidirektion, mitzuteilen. An diese Behörden richten auch die Militärbehörden die vorgeschriebenen Mitteilungen.

II. Zu Ca der Bekanntmachung.

1. Die Distriktspolizeibehörden haben — außer den in der Bekanntmachung bezeichneten Erkrankungen — jede Erkrankung an Kindbettfieber und jede Erkrankung, die den Verdacht an Kindbettfieber begründet,

---

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 6 dieser Zeitschrift; 1911, S. 42.

bei Personen, die in militärischen Dienstgebäuden untergebracht sind und in zivilärztlicher Behandlung stehen, den zuständigen Militärbehörden mitzuteilen.

2. Die Militärbehörden zeigen den Distriktspolizeibehörden alle Erkrankungen und Todesfälle an Kindbettfieber an, die in militärischen Dienstgebäuden untergebrachte, nicht in zivilärztlicher Behandlung stehende Personen betreffen.

Ferner teilen die Militärbehörden die Entlassung von Unteroffizieren und Mannschaften, die an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose leiden, und die Beurlaubung oder Entlassung solcher Unteroffiziere und Mannschaften, die zur Zeit der Beurlaubung oder Entlassung Krankheitskeime — als Dauerausscheider oder Keimträger — ausscheiden, der Distriktspolizeibehörde des Aufenthaltsortes der entlassenen oder beurlaubten Unteroffiziere und Mannschaften mit.

III. Zu Cb der Bekanntmachung.

Die Regierungen, Kammern des Innern, werden ermächtigt, bei starker Häufung der unter A2a und B2a der Bekanntmachung bezeichneten Erkrankungen für die davon betroffenen Orte im Benehmen mit den zuständigen Generalkommandos die Form des Nachrichtenaustausches zu vereinfachen.

C. Grossherzogtum Baden.

Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 9. Mai 1911.[1])

Zum Vollzug des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (Reichsgesetzblatt Seite 306 ff.), und auf Grund der §§ 85, 87a des Polizeistrafgesetzbuchs wird verordnet:

I. Anzeigepflicht.

§ 1. a. Bei gemeingefährlichen Krankheiten und bei Milzbrand. 1. Bei Erkrankungen, Verdacht von Erkrankungen und Todesfällen an einer der gemeingefährlichen Krankheiten — Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Feckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern) — sind Anzeigen nach Maßgabe der §§ 1 bis 4 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, zu erstatten. Das gleiche gilt nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. September 1909, betreffend die Anzeigepflicht bei Erkrankungen und Todesfällen an Milzbrand (Reichsgesetzblatt Seite 933), bei Erkrankungen und Todesfällen an Milzbrand, sowie bei Erkrankungen und Todesfällen, die den Verdacht dieser Krankheit erwecken.

b. Bei sonstigen übertragbaren Krankheiten. 2. Außerdem ist innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Bezirksamt anzuzeigen:

a. jeder Erkrankungs- und jeder Todesfall an:
   Diphtherie (Kehlkopfkrupp, Rachen- oder Halsbräune),
   Genickstarre, übertragbarer,
   Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber),
   Körnerkrankheit (Granulose, Trachom),
   Rotz,
   Rückfallfieber (Febris recurrens),
   Ruhr, übertragbarer (Dysenterie),
   Schälblasen der Neugeborenen (Pemphigus neonatorum),
   Scharlach (Scharlachfieber),
   Tollwut (Lyssa), sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere,
   Trichinose,
   Typhus (Unterleibstyphus, auch in der Form des Para- und Metatyphus),
   Vergiftung durch Nahrungsmittel (Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, sowie Vergiftung durch andere Nahrungsmittel);

[1]) Vom Abdruck der Anlagen: Meldekarte und Desinfektionsordnung, ist wegen Mangels an Raum Abstand genommen.

b. jeder Erkrankungsfall, der den Verdacht von Kindbettfieber, Rotz oder Typhus zu erwecken geeignet ist;
c. jeder Todesfall an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht, sowie Erkrankungsfälle an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht dann, wenn der Erkrankte mit Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet, wenn ein an offener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht (bei der im Auswurf Tuberkelbazillen nachweisbar sind) Erkrankter seine Wohnung wechselt, endlich, wenn es sich um die Erkrankung an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht bei Personen handelt, die in einer Schule oder Erziehungsanstalt und den dazu gehörigen Räumlichkeiten wohnen oder durch Teilnahme am Unterricht ihre Umgebung gefährden;
d. gehäufteres Auftreten von Erkrankungen an Masern (Flecken, Röteln) und Keuchhusten, sobald eine epidemische Verbreitung der Krankheit zu befürchten ist.

3. Todesfälle an einer der in Absatz 2 Buchstabe a und b genannten Krankheiten sind auch dann anzuzeigen, wenn die Erkrankung der Verstorbenen bereits angezeigt war.

4. Bei den unter Absatz 2 Buchstabe a und b fallenden Erkrankungen ist jeder Wechsel der Wohnung oder des Aufenthaltsorts des Erkrankten innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem Bezirksamt, gegebenenfalls auch dem für den neuen Aufenthaltsort zuständigen Bezirksamt anzuzeigen. Diese Bestimmung gilt nicht für Erkrankungen an Trichinose und Vergiftung durch Nahrungsmittel. Als Wohnungswechsel im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Verbringung in ein Krankenhaus oder eine sonstige Pflege- oder Heilstätte zu betrachten.

§ 2. Anzeigepflichtige Personen. 1. Zur Erstattung der vorgeschriebenen Anzeigen sind bei den in § 1 Absatz 2 Buchstabe a und b aufgeführten Krankheiten verpflichtet:
1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten berufsmäßig beschäftigte Person,
4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat, sowie
5. bei Todesfällen an einer dieser Krankheiten der Leichenschauer.

2. Zur Anzeige der in § 1 Absatz 2 Buchstabe c erwähnten Krankheitsfälle sind nur die in Absatz 1 unter Ziffer 1 und 3, bei Todesfällen auch die unter Ziffer 5 genannten Personen, zur Anzeige der in § 1 Absatz 2 Buchstabe d erwähnten Krankheitsfälle die unter Ziffer 1 und 3 genannten Personen verpflichtet.

3. Die Verpflichtung der in Absatz 1 unter Ziffer 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist; nur bei den in § 1 Absatz 2 Buchstabe d erwähnten Krankheitsfällen sind die in Ziffer 3, bei Todesfällen an Lungen- und Kehlkopfschwindsucht die in Ziffer 5 genannten Personen stets zur Anzeige verpflichtet.

4. Die Anzeigepflicht des Arztes tritt auch dann ein, wenn er die Unterbringung des Kranken in einem Krankenhaus oder einer sonstigen Pflege- oder Heilstätte veranlaßt.

§ 3. Anzeigepflicht in Anstalten und auf Schiffen. 1. Für Krankheits- und Todesfälle, die sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Anzeige verpflichtet.

2. Auf Schiffen und Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder dessen Stellvertreter. Die Anzeige hat an das für die nächstgelegene Anlandestelle zuständige Bezirksamt zu erfolgen.

§ 4. Form der Anzeige. 1. Die Anzeige ist sowohl bei gemeingefährlichen wie sonstigen anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten an das Bezirksamt zu erstatten.

2. Sie kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die schriftliche

bei Personen, die in militärischen Dienstgebäuden untergebracht sind und in zivilärztlicher Behandlung stehen, den zuständigen Militärbehörden mitzuteilen.

2. Die **Militärbehörden** zeigen den Distriktspolizeibehörden alle Erkrankungen und Todesfälle an Kindbettfieber an, die in militärischen Dienstgebäuden untergebrachte, nicht in zivilärztlicher Behandlung stehende Personen betreffen.

Ferner teilen die **Militärbehörden** die Entlassung von Unteroffizieren und Mannschaften, die an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose leiden, und die Beurlaubung oder Entlassung solcher Unteroffiziere und Mannschaften, die zur Zeit der Beurlaubung oder Entlassung Krankheitskeime — als Dauerausscheider oder Keimträger — ausscheiden, der Distriktspolizeibehörde des Aufenthaltsortes der entlassenen oder beurlaubten Unteroffiziere und Mannschaften mit.

III. Zu Cb der Bekanntmachung.

Die **Regierungen, Kammern des Innern,** werden ermächtigt, bei starker Häufung der unter A2a und B2a der Bekanntmachung bezeichneten Erkrankungen für die davon betroffenen Orte im Benehmen mit den zuständigen Generalkommandos die Form des Nachrichtenaustausches zu vereinfachen.

C. Grossherzogtum Baden.

Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 9. Mai 1911.[1])

Zum Vollzug des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (Reichsgesetzblatt Seite 306 ff.), und auf Grund der §§ 85, 87a des Polizeistrafgesetzbuchs wird verordnet:

I. Anzeigepflicht.

§ 1. a. **Bei gemeingefährlichen Krankheiten und bei Milzbrand.** 1. Bei Erkrankungen, Verdacht von Erkrankungen und Todesfällen an einer der gemeingefährlichen Krankheiten — Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern) — sind Anzeigen nach Maßgabe der §§ 1 bis 4 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, zu erstatten. Das gleiche gilt nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. September 1909, betreffend die Anzeigepflicht bei Erkrankungen und Todesfällen an Milzbrand (Reichsgesetzblatt Seite 933), bei Erkrankungen und Todesfällen an Milzbrand, sowie bei Erkrankungen und Todesfällen, die den Verdacht dieser Krankheit erwecken.

b. **Bei sonstigen übertragbaren Krankheiten.** 2. [illegible]erdem ist innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem für den A[illegible]ort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Bezi[illegible] anzuz[illegible]

a. jeder Erkrankungs- und jeder Todesfall an:
Diphtherie (Kehlkopfkrupp, Rachen- oder Halsb[illegible]
Genickstarre, übertragbarer,
Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber),
Körnerkrankheit (Granulose, Trachom),
Rotz,
Rückfallfieber (Febris recurrens),
Ruhr, übertragbarer (Dysenterie),
Schälblasen der Neugeborenen (Pemphig[illegible]natorum[illegible]
Scharlach (Scharlachfieber),
Tollwut (Lyssa), sowie Bißverletzungen [illegible]
verdächtige Tiere,
Trichinose,
Typhus (Unterleibstyphus, auch in der Fo[illegible]
Vergiftung durch Nahrungsmittel (Fleisch-[illegible]
sowie Vergiftung durch andere Nahrungs[illegible]

---

[1]) Vom Abdruck der Anlagen: Meldekar[illegible] ordnung, ist wegen Mangels an Raum Abstand [illegible]

[illegible] Zweifels- und [illegible]

§ 30. Stra[illegible]

Soweit nicht nach den bestehenden [illegible]

b. jeder Erkrankungsfall, der den Verdacht von Kindbettfieber, Rotz oder Typhus zu erwecken geeignet ist;

c. jeder Todesfall an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht, sowie Erkrankungsfälle an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht dann, wenn der Erkrankte mit Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet, wenn ein an offener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht (bei der im Auswurf Tuberkelbazillen nachweisbar sind) Erkrankter seine Wohnung wechselt, endlich, wenn es sich um die Erkrankung an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht bei Personen handelt, die in einer Schule oder Erziehungsanstalt und den dazu gehörigen Räumlichkeiten wohnen oder durch Teilnahme am Unterricht ihre Umgebung gefährden;

d. gehäufteres Auftreten von Erkrankungen an Masern (Flecken, Röteln) und Keuchhusten, sobald eine epidemische Verbreitung der Krankheit zu befürchten ist.

3. Todesfälle an einer der in Absatz 2 Buchstabe a und b genannten Krankheiten sind auch dann anzuzeigen, wenn die Erkrankung der Verstorbenen bereits angezeigt war.

4. Bei den unter Absatz 2 Buchstabe a und b fallenden Erkrankungen ist jeder Wechsel der Wohnung oder des Aufenthaltsorts des Erkrankten innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis dem Bezirksamt, gegebenenfalls auch dem für den neuen Aufenthaltsort zuständigen Bezirksamt anzuzeigen. Diese Bestimmung gilt nicht für Erkrankungen an Trichinose und Vergiftung durch Nahrungsmittel. Als Wohnungswechsel im Sinne dieser Bestimmung ist auch die Verbringung in ein Krankenhaus oder eine sonstige Pflege- oder Heilstätte zu betrachten.

§ 2. Anzeigepflichtige Personen. 1. Zur Erstattung der vorgeschriebenen Anzeigen sind bei den in § 1 Absatz 2 Buchstabe a und b aufgeführten Krankheiten verpflichtet:

1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten berufsmäßig beschäftigte Person,
4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat, sowie
5. bei Todesfällen an einer dieser Krankheiten der Leichenschauer.

2. Zur Anzeige der in § 1 Absatz 2 Buchstabe c erwähnten Krankheitsfälle sind nur die in Absatz 1 unter Ziffer 1 und 3, bei Todesfällen auch die unter Ziffer 5 genannten Personen, zur Anzeige der in § 1 Absatz 2 Buchstabe d erwähnten Krankheitsfälle die unter Ziffer 1 und 3 genannten Personen verpflichtet.

3. Die Verpflichtung der in Absatz 1 unter Ziffer 2 bis 5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist; nur bei den in § 1 Absatz 2 Buchstabe d erwähnten Krankheitsfällen sind die in Ziffer 3, bei Todesfällen an Lungen- und Kehlkopfschwindsucht die in Ziffer 5 genannten Personen stets zur Anzeige verpflichtet.

4. Die Anzeigepflicht des Arztes tritt auch dann ein, wenn er die Unterbringung des Kranken in einem Krankenhaus oder einer sonstigen Pflege- oder Heilstätte veranlaßt.

§ 3. Anzeigepflicht in Anstalten und auf Schiffen. [illegible] Für Krankheits- und Todesfälle, die sich in öffentlichen Kranken-, Ent[illegible]ngs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der [illegible] der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte [illegible]ließlich zur Anzeige verpflichtet.
[illegible]chiffen und Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige [illegible]shaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder dessen [illegible] Anzeige hat an das für die nächstgelegene Anlandestelle [illegible]nt zu erfolgen.

[illegible]er Anzeige. 1. Die Anzeige ist sowohl bei gemein[illegible]igen anzeigepflichtigen übertragbaren Krankheiten an [illegible]ten.
[illegible] oder schriftlich erstattet werden. Die schriftliche

Anzeige gilt mit Aufgabe zur Post als erstattet; sie kann mittels Kartenbriefen erfolgen, die den aus der Anlage I ersichtlichen Vordruck aufweisen und an das Sanitätspersonal von den Bezirksärzten, an sonstige Personen in Städten mit staatlicher Verwaltung der Ortspolizei vom Bezirksamt, in den übrigen Gemeinden vom Bürgermeisteramt unentgeltlich verabfolgt werden.

3. Das Bezirksamt hat die bei ihm einkommenden oder bei mündlicher Erstattung der Anzeige von ihm aufzunehmenden Anzeigen sofort dem Bezirksarzt zu übermitteln.

4. Wenn das Bürgermeisteramt von dem Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit oder dem Verdacht des Ausbruchs einer solchen Kenntnis erhält, hat es hiervon dem Bezirksamt unverzüglich telegraphisch (telephonisch) oder durch besonderen Boten Mitteilung zu machen.

§ 5. Listenführung. Ueber die zur Anzeige kommenden Fälle einer der im § 1 aufgeführten Krankheiten haben die Bezirksämter fortlaufende Verzeichnisse nach Anlage II zu führen.

II. Ermittelung der Krankheit.

a. Bei gemeingefährlichen Krankheiten.

§ 6. 1. Bei gemeingefährlichen Krankheiten hat die Ermittelung der Krankheit nach Maßgabe der §§ 6 bis 8 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und der zu diesem Gesetze erlassenen Ausführungsbestimmungen und Anweisungen zu erfolgen.

2. Die bei Verdacht des Ausbruchs einer gemeingefährlichen Krankheit zur Feststellung der Krankheit erforderlichen bakteriologischen Untersuchungen sind durch die an den Universitäten Heidelberg und Freiburg bestehenden Untersuchungsämter für ansteckende Krankheiten vorzunehmen. Oertlich zuständig ist das Untersuchungsamt in Heidelberg für die Kreise Karlsruhe, Heidelberg, Mannheim und Mosbach, das Untersuchungsamt in Freiburg für die Kreise Konstanz, Villingen, Waldshut, Lörrach, Freiburg, Offenburg und Baden.

3. Die endgültige Feststellung des ersten Cholera- und Pestfalles in einer Ortschaft hat durch das zuständige Untersuchungsamt zu erfolgen, das bei Pestverdacht auf die telegraphische Benachrichtigung durch den Bezirksarzt sogleich einen Vertreter an Ort und Stelle zu entsenden hat.

4. Die Leichenöffnung bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht ist auf den — nötigenfalls telegraphisch zu stellenden — Antrag des Bezirksarztes vom Bezirksamt anzuordnen. Bei Pestverdacht hat die Oeffnung der Leiche durch den Vertreter des Untersuchungsamts zu erfolgen.

5. Die in § 6 Absatz 3 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, den höheren Verwaltungsbehörden vorbehaltenen Ermittelungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall werden erforderlichenfalls vom Ministerium des Innern angeordnet. Untere Verwaltungsbehörde im Sinne der angeführten Bestimmung ist das Berzirksamt.

b. Bei sonstigen übertragbaren Krankheiten.

§ 7. 1. Der Bezirksarzt hat jeweils auf die Anzeige des ersten in einer bis dahin von der Krankheit freien Gemeinde auftretenden Erkrankungs- oder Todesfalles an Genickstarre, Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Tollwut, Trichinose, Typhus, Vergiftung durch Nahrungsmittel, sowie im Falle des Verdachts von Milzbrand, Rotz und Typhus alsbald an Ort und Stelle Ermittelungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen und die bakteriologische, gegebenenfalls auch die serodiagnostische Feststellung der Krankheit durch das zuständige Untersuchungsamt für ansteckende Krankheiten zu veranlassen, falls dies zur Sicherstellung der Diagnose nötig ist. Bei Gefahr im Verzuge hat er die alsbaldige Durchführung der zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anzuordnen; diese Anordnungen bleiben solange in Kraft, bis vom Bezirksamt anderweite Verfügung getroffen wird. In denjenigen Gemeinden, in denen die Ortspolizei vom Bürgermeister verwaltet wird, hat der Bezirksarzt dem Bürgermeisteramt von dem Ergebnis der Ermittelung und den getroffenen Anordnungen Mitteilung zu machen; der Bürgermeister hat die Anordnungen zu vollziehen. Ueber das Ergebnis der Erhebungen, die

bereits getroffenen Maßnahmen und die noch zu treffenden Anordnungen hat der Bezirksarzt dem Bezirksamt sofort schriftliche Mitteilung zu machen.

2. Gleiches gilt in den Fällen des § 1 Absatz 2 Buchstabe c dann, wenn nach dem Ermessen des Bezirksarztes die diagnostische Richtigkeit der nicht von einem Arzt erstatteten Anzeige oder die Art der zu ergreifenden Schutzmaßregeln zweifelhaft ist.

3. Bei Anzeigen von Erkrankungen oder Todesfällen an Kindbettfieber und von Verdacht der Erkrankung an dieser Krankheit hat die Ermittelung an Ort und Stelle durch den Bezirksarzt dann zu erfolgen, wenn sie nach dem Ermessen des Bezirksarztes für die Bestimmung der Schutzmaßregeln erforderlich erscheint.

4. Auf die Anzeige von Erkrankungen an Diphtherie, Körnerkrankheit, Schälblasen der Neugeborenen und Scharlach, sowie von gehäufteren Erkrankungen an Masern und Keuchhusten hat die Ermittelung an Ort und Stelle durch den Bezirksarzt nur dann zu geschehen, wenn

a. die Anzeige der ersten Erkrankung nicht durch einen Arzt erfolgt ist,
b. die genannten Krankheiten in besonders großer Verbreitung oder in besonders bösartiger Form auftreten, oder
c. aus sich häufenden Anzeigen von Erkrankungen die Unzulänglichkeit der getroffenen Schutzmaßregeln hervorgeht.

5. In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern, in denen das Auftreten einer der in Absatz 1 genannten Krankheiten bereits festgestellt ist, haben die Ermittelungen und Feststellungen durch den Bezirksarzt auch dann zu erfolgen, wenn neue Erkrankungsfälle in einem räumlich abgegrenzten, bis dahin von der Krankheit verschont gebliebenen Teil der Ortschaft vorkommen.

6. Die in den §§ 2 und 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem Bezirksarzt und dem Bezirksamt auf Befragen Auskunft zu erteilen.

§ 8. Zutrittsrecht des beamteten Arztes. Leichenöffnung. 1. Soweit es nach dem Ermessen des Bezirksarztes zur Feststellung der Krankheit erforderlich ist und ohne Schädigung des Kranken zulässig erscheint, ist dem Bezirksarzt der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zur Ermittelung über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten.

2. Befindet sich der Kranke in ärztlicher Behandlung, so ist dem Bezirksarzt der Zutritt untersagt, wenn der behandelnde Arzt erklärt, daß von dem Zutritt des Bezirksarztes eine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens des Kranken zu befürchten ist. Vor dem Zutritt des Bezirksarztes ist dem behandelnden Arzt Gelegenheit zu dieser Erklärung zu geben, sofern nicht Gefahr im Verzug vorliegt. Außerdem ist bei Kindbettfieber oder Verdacht desselben dem Bezirksarzt der Zutritt nur mit Zustimmung des Haushaltungsvorstandes gestattet.

3. Bei Genickstarre, Rotz, Typhus und Vergiftung durch Nahrungsmittel kann eine Oeffnung der Leiche durch das Bezirksamt angeordnet werden, insoweit der Bezirksarzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

4. Der behandelnde Arzt ist berechtigt, den Untersuchungen, insbesondere auch der Leichenöffnung anzuwohnen. Der Bezirksarzt hat ihn von dem Zeitpunkt und dem Ort der Untersuchung tunlichst rechtzeitig zu benachrichtigen.

5. In Fällen von Milzbrand, Rotz, Tollwut und Trichinose hat der Bezirksarzt die Ermittelungen, soweit erforderlich und möglich, im Benehmen mit dem Bezirkstierarzt vorzunehmen.

III. Schutzmassregeln.

a. Bei gemeingefährlichen Krankheiten.

§ 9. Anordnung der Schutzmaßregeln bei gemeingefährlichen Krankheiten. 1. Zur Verhütung der Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten sind für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln nach Maßgabe der §§ 12, 14, 16 bis 21 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und

unter Beachtung der vom Bundesrat erlassenen Ausführungsbestimmungen und Anweisungen durch das Bezirksamt anzuordnen, sobald nach dem Gutachten des Bezirksarztes der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs einer solchen begründet ist.

2. Bei Gefahr im Verzug kann der Bezirksarzt schon vor dem Einschreiten des Bezirksamts die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßregeln anordnen. In denjenigen Gemeinden, in denen die Ortspolizei vom Bürgermeister verwaltet wird, hat dieser die vom Bezirksarzt getroffenen Anordnungen zu vollziehen. Von den Anordnungen hat der Bezirksarzt dem Bezirksamt sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben solange in Kraft, bis vom Bezirksamt anderweite Verfügung getroffen wird.

3. Anordnungen auf Grund der §§ 13 und 15 des genannten Reichsgesetzes bleiben der Entschließung des Ministeriums des Innern vorbehalten, die nötigenfalls telegraphisch einzuholen ist.

4. Die Bestimmungen des § 19 dieser Verordnung über Schließung von Schulen und sonstigen Unterrichtsanstalten finden auch bei gemeingefährlichen Krankheiten Anwendung.

b. Bei sonstigen übertragbaren Krankheiten.

§ 10. Umfang der Anordnungen. 1. Zur Verhütung der Verbreitung der anderen in § 1 Absatz 2 genannten übertragbaren Krankheiten haben für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 11 bis 26 dieser Verordnung stattzufinden und zwar bei:

1. Diphtherie: Absonderung (§ 13), Kennzeichnung der Wohnungen (§ 14), Maßnahmen hinsichtlich der Krankenbeförderung (§ 16), Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal (§ 17), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19), Beschränkungen des Gewerbebetriebes (§ 20), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 22), Desinfektion (§ 23);
2. Genickstarre: Absonderung (§ 13), Kennzeichnung der Wohnungen (§ 14), Räumung von Wohnungen (§ 15), Maßnahmen hinsichtlich der Krankenbeförderung (§ 16), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19), Beschränkungen des Gewerbebetriebes (§ 20), Desinfektion (§ 23), Verbot von Menschenansammlungen (§ 25);
3. Kindbettfieber: Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal (§ 17), Desinfektion (§ 23);
4. Körnerkrankheit: Beobachtung (§ 11), Meldepflicht Zureisender (§ 12), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19), Desinfektion (§ 23), zwangsweise ärztliche Behandlung und Einweisung in ein Krankenhaus (§ 26);
5. Milzbrand: Maßnahmen hinsichtlich der Krankenbeförderung (§ 16), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19), Beschränkungen des Gewerbebetriebs (§ 20), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 22), Desinfektion (§ 23);
6. Rotz: Beobachtung (§ 11), Absonderung (§ 13), Maßnahmen hinsichtlich der Krankenbeförderung (§ 16), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 22), Desinfektion (§ 23);
7. Rückfallfieber: Beobachtung (§ 11), Meldepflicht Zureisender (§ 12), Absonderung (§ 13), Kennzeichnung der Wohnungen (§ 14), Räumung von Wohnungen (§ 15), Maßnahmen hinsichtlich der Krankenbeförderung (§ 16), Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal (§ 17), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19), Desinfektion (§ 23), Verbot von Menschenansammlungen (§ 25);
8. Ruhr: Absonderung (§ 13), Kennzeichnung der Wohnungen (§ 14), Räumung von Wohnungen (§ 15), Maßnahmen hinsichtlich der Krankenbeförderung (§ 16), Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal (§ 17), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19), Beschränkungen des Gewerbebetriebs (§ 20), Beschränkungen der Wasserbenützung (§ 21), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 22), Desinfektion (§ 23), Verbot von Menschenansammlungen (§ 25);
9. Scharlach: Absonderung (§ 13), Kennzeichnung der Wohnungen (§ 14), Maßnahmen hinsichtlich der Krankenbeförderung (§ 16), Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal (§ 17), Maßregeln für Schulen

(§§ 18 und 19), Beschränkungen des Gewerbebetriebs (§ 20), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 22), Desinfektion (§ 23);
10. Tollwut: Beobachtung (§ 11), Absonderung (§ 13), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19);
11. Typhus: Beobachtung (§ 11), Meldepflicht Zureisender (§ 12), Absonderung (§ 13), Kennzeichnung der Wohnungen (§ 14), Räumung von Wohnungen (§ 15), Maßnahmen hinsichtlich der Krankenbeförderung (§ 16), Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal (§ 17), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19), Beschränkungen des Gewerbebetriebes (§ 20), Beschränkung der Wasserbenützung (§ 21), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 22), Desinfektion (§ 23), Verbot von Menschenansammlungen (§ 25);
12. Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht: Absonderung (§ 13), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19), Desinfektion (§ 23), Maßregeln für Bade- und Luftkurorte (§ 27);
13. Keuchhusten und Masern: Verkehrsbeschränkungen für das Krankenpflegepersonal (§ 17), Maßregeln für Schulen (§§ 18 und 19).

Bei Geschlechtskrankheiten kann zwangsweise ärztliche Behandlung und Einweisung in ein Krankenhaus (§ 26) angeordnet werden.

2. Weitergehende Maßregeln können im Einzelfalle aus besonderen Gründen vom Bezirksamt auf Antrag des Bezirksarztes auf Grund des § 85 Ziffer 2 des Polizeistrafgesetzbuchs angeordnet werden.

3. Bei den vom Bezirksamt zu treffenden Anordnungen ist einerseits nichts zu unterlassen, was zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit nötig ist, anderseits aber dafür Sorge zu tragen, daß nicht durch Anwendung einer nach Lage des Falls zu weit gehenden Maßregel unnötig in die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Bevölkerung eingegriffen wird oder vermeidbare Kosten entstehen.

4. Die getroffenen Anordnungen sind wieder aufzuheben, sobald der Kranke genesen, in ein Krankenhaus überführt ist, seinen Aufenthaltsort wechselt oder gestorben ist, die vorschriftsmäßige Schlußdesinfektion durchgeführt und nach Ablauf der entsprechenden Ansteckungsfrist (Inkubation) ein weiterer Erkrankungsfall in der Wohnung nicht mehr aufgetreten ist.

5. Die Ueberwachung der Durchführung der getroffenen Maßregeln liegt dem Bezirksamt im Benehmen mit dem Bezirksarzt ob; letzterer hat, auch nachdem das Auftreten einer der in § 7 genannten übertragbaren Krankheiten festgestellt ist, durch regelmäßige Besuche der Ortschaften in angemessenen Zwischenräumen sich über den Verlauf der Krankheit sowie die Wirksamkeit der zu ihrer Bekämpfung getroffenen Maßregeln zu verlässigen, geeignetenfalls weitere Anträge zu stellen, sowie den Zeitpunkt zu bezeichnen, von dem an die getroffenen Maßregeln aufgehoben werden können.

§ 11. Beobachtung. 1. Personen, welche unter Erscheinungen erkrankt sind, die den Ausbruch der Körnerkrankheit, des Rotzes, des Rückfallfiebers oder des Typhus befürchten lassen, sowie Personen, welche von tollen oder der Tollwut verdächtigen Tieren gebissen wurden, können einer Beobachtung unterworfen werden.

2. Die Beobachtung wird — abgesehen von den bei Verdacht auf Rotz und Typhus erforderlichen bakteriologischen und sonstigen Untersuchungen, denen bei Typhusverdacht auch die Bazillenträger unterworfen werden können — in der Regel darauf beschränkt werden können, daß durch einen Arzt oder eine sonst geeignete Person in angemessenen Zwischenräumen Erkundigungen über den Gesundheitszustand der zu beobachtenden Person eingezogen werden.

3. Eine verschärfte Art der Beobachtung, verbunden mit Beschränkungen in der Wahl des Aufenthalts und der Arbeitsstätte, ist nur solchen Personen gegenüber zulässig, die obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- und gewohnheitsmäßig umherziehen.

4. Die getroffenen Anordnungen sind wieder aufzuheben, wenn sich der Krankheitsverdacht als unbegründet erwiesen hat, bei Verdacht auf Typhus insbesondere, wenn sich die Stuhl- und Urinentleerungen des Kranken bei mindestens zwei durch einen Zeitraum von einer Woche von einander getrennten bakteriologischen Untersuchungen als frei von Typhusbakterien erwiesen haben und auch die serologische Untersuchung negativ ausgefallen ist.

§ 12. Meldepflicht Zureisender. In Fällen dringender Gefahr kann durch das Ministerium des Innern angordnet werden, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb 4 Wochen vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in denen Typhus oder Rückfallfieber ausgebrochen oder die Körnerkrankheit heimisch ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde schriftlich oder mündlich zu melden sind.

§ 13. Absonderung. 1. Personen, die an Diphtherie, Genickstarre, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Tollwut oder Typhus erkrankt sind, sind ohne Verzug abzusondern.

2. Die Absonderung hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, seinen nächsten erwachsenen Angehörigen, dem Arzt und dem Seelsorger nicht in Berührung kommt; sonstigen Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringlicher Angelegenheiten erforderlich ist, der Zutritt zu dem Kranken gestattet. Beim Zutritt aller dieser Personen sind jeweils die erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit zu beachten.

3. Wo die Absonderung des Kranken in seiner Wohnung Schwierigkeiten bietet, ist durch entsprechende Belehrung dafür zu sorgen, daß der Kranke sich freiwillig in ein Krankenhaus überführen läßt. Dies gilt namentlich von solchen Kranken, die sich in engen, dicht bewohnten Räumen, in öffentlichen Gebäuden, Schulen, Kasernen, Gefängnissen usw. oder in Räumen neben Milch- und Speisewirtschaften, Eß- und Delikateßwarenhandlungen, oder auf Gehöften, aus denen Milchlieferung stattfindet, befinden, sowie von Personen, die kein besonderes Pflegepersonal zur Verfügung haben, sondern von ihren zugleich anderweitig in Anspruch genommenen Angehörigen gepflegt werden müssen, von Dienstboten, Zieh- und Pflegekindern.

4. Bei Personen, die an offener Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht (§ 1 Absatz 2 Buchstabe c) erkrankt sind, kann eine Absonderung in der Weise angeordnet werden, daß für dieselben, wenn möglich, ein besonderes Schlafzimmer, mindestens aber ein besonderes von den übrigen Betten tunlichst weit abzurückendes Bett verlangt wird.

5. Werden auf Erfordern des Bezirksamts in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des Bezirksarztes zum Zwecke der Absonderung nötigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der Bezirksarzt es für unerläßlich und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Ueberführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

6. Die Ueberführung von an Diphtherie oder Scharlach erkrankten Kindern in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum darf jedoch gegen den Willen der Eltern nur bei dringender Gefahr der Weiterverbreitung der Krankheit angeordnet werden.

7. Bei Erkrankung an Ruhr oder Typhus ist im Falle der Genesung die Absonderung nicht eher aufzuheben, als bis sich die Stuhl- und Urinentleerungen des Kranken bei zwei durch einen Zeitraum von eine Woche von einander getrennten bakteriologischen Untersuchungen als frei von Ruhrbazillen oder Typhusbakterien erwiesen haben. Ist dies jedoch nach Ablauf von zehn Wochen, vom Beginn der Erkrankung ab gerechnet, noch nicht der Fall, so ist die Absonderung zwar aufzuheben, der Kranke aber auf die Gefahr aufmerksam zu machen, die er für seine Umgebung bildet, und zur Befolgung der erforderlichen Desinfektionsmaßnahmen anzuhalten.

8. Bei Rotz und Typhus können auch krankheitsverdächtige Personen der Absonderung unterworfen werden. Es ist jedoch dafür Sorge zu tragen, daß durch Anwendung der wissenschaftlichen Hilfsmittel sobald als möglich festgestellt wird, ob der Verdacht der Krankheit begründet ist.

9. Auch soweit eine förmliche Absonderung nicht angeordnet ist, haben die Haushaltungsvorstände dafür zu sorgen, daß die an einer der in § 1 genannten Krankheiten — mit Ausnahme von Trichinose und Vergiftung durch Nahrungsmittel — Erkrankten soweit möglich von anderen Personen getrennt gehalten werden.

§ 14. Kennzeichnung der Wohnungen Erkrankter und Beschränkung des Zutritts zu denselben. Bei gehäufterem Auftreten

von Erkrankungen an Genickstarre, Rückfallfieber, Ruhr und Typhus, bei besonders bösartigem Auftreten von Diphtherie und Scharlach, sowie beim Vorkommen mehrerer Erkrankungen in einem und demselben Hause kann auf Antrag des Bezirksarztes vom Bezirksamt angeordnet werden, daß Häuser und Wohnungen, in denen an diesen Krankheiten erkrankte Personen sich befinden, durch einen leicht sichtbaren und bei Nacht genügend zu beleuchtendne Anschlag kenntlich gemacht werden; auch kann der Zutritt für alle nicht im Hause Wohnenden — außer Aerzten, dem Krankenpflegepersonal, Geistlichen und Urkundspersonen — untersagt werden.

§ 15. Räumung von Wohnungen. 1. Insoweit es der Bezirksarzt zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt, kann vom Bezirksamt angeordnet werden, daß aus Wohnungen, in denen Erkrankungen an Genickstarre, Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus vorgekommen sind, die Gesunden entfernt werden und die Absonderung der Kranken in der Wohnung durchgeführt wird.

2. Unter der gleichen Voraussetzung kann ausnahmsweise in Fällen dringender Gefahr die ganze oder teilweise Räumung von Gebäuden oder Wohnungen, in denen Erkrankungen an Genickstarre, Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus vorgekommen sind, insbesondere dann vom Bezirksamt angeordnet werden, wenn die betreffenden Gebäude oder Wohnungen so schlecht gehalten oder so überfüllt sind, daß sie die Bildung eines Seuchenherdes veranlaßt haben oder befürchten lassen.

3. Den ausgewiesenen Bewohnern ist anderweitig geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten.

4. Wohnungen und Häuser, die geräumt worden sind, dürfen erst nach vorschriftsmäßiger Desinfektion zur Wiederbenutzung freigegeben werden.

§ 16. Krankenbeförderung. 1. Zur Beförderung von Personen, die an Diphtherie, Genickstarre, Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach oder Typhus erkrankt sind oder bei denen Verdacht der Erkrankung an Rotz oder Typhus vorliegt, sollen dem öffentlichen Verkehr dienende Beförderungsmittel (Droschken, Eisenbahnen, Straßenbahnwagen und dergleichen) in der Regel nicht benutzt werden.

2. Soll ein solcher Kranker dennoch ausnahmsweise mit der Eisenbahn befördert werden, so darf dies von dem Bezirksamt nur unter Einhaltung der nötigen Vorsichtsmaßregeln gestattet werden; insbesondere muß dem Kranken ein zuverlässiger Begleiter mitgegeben werden. Auch sind die Bahnbehörden von dem Transport durch das Bezirksamt rechtzeitig zu verständigen.

3. Dem öffentlichen Verkehr dienende Beförderungsmittel sind vor ihrer Wiederbenutzung der Desinfektion zu unterwerfen, falls dieselben aus Mangel an besonderen zur Krankenbeförderung dienenden Wagen zur Beförderung von Kranken der obenbezeichneten Art benutzt werden.

§ 17. Verkehrsbeschränkungen für das Pflegepersonal. 1. Bei Erkrankunden an Diphtherie, Keuchhusten, Kindbettfieber, Masern, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach und Typhus können für das berufsmäßige Pflegepersonal Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden; insbesondere kann vorgeschrieben werden, daß Pflegepersonen, die einen mit dieser Krankheit behafteten Kranken pflegen, nicht gleichzeitig eine andere Pflege übernehmen dürfen, daß sie während der Pflege ein waschbares Ueberkleid zu tragen, die Desinfektionsvorschriften gewissenhaft zu befolgen und den Verkehr mit anderen Personen und in öffentlichen Lokalen tunlichst zu vermeiden haben.

2. Geben sie die Pflege des Kranken auf, so dürfen sie die Pflege eines anderen Kranken erst übernehmen, nachdem sie sich selbst, ihre Wäsche, Kleidung und die bei der Pflege gebrauchten Gegenstände einer gründlichen Reinigung und Desinfektion unterzogen haben.

3. Für die Hebammen sind die besonderen Bestimmungen ihrer Dienstanweisung maßgebend.

§ 18. Fernhaltung vom Schul- und Unterrichtsbesuch. 1. Schüler ohne Unterschied des Alters und der von ihnen besuchten Schule, die an Diphtherie, Genickstarre, Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Tollwut oder Typhus leiden oder gelitten haben, sind solange vom Unterrichtsbesuch und den Schulräumen fernzuhalten, bis nach einer Be-

scheinigung des behandelnden Arztes oder — in Ermangelung eines solchen — des Bezirksarztes eine Uebertragung der Krankheit durch sie nicht mehr zu befürchten ist. Bei Scharlach darf diese Bescheinigung nicht vor Ablauf der vierten Woche, bei Diphtherie nicht vor Ablauf von 14 Tagen nach Ausbruch der Krankheit erteilt werden.

2. Ferner sind Schüler vom Unterrichtsbesuche und den Schulräumen fernzuhalten bei Erkrankung an:

a. Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht, wenn und solange im Auswurf Tuberkelbazillen nachweisbar sind;
b. Körnerkrankheit, solange deutliche Eiterabsonderungen der Augenbindehäute vorhanden sind;
c. Masern bis zu 3 Wochen nach Beginn der Krankheit;
d. Keuchhusten, solange krampfhafte Hustenanfälle vorhanden sind.

3. Schüler aus Behausungen, in denen eine Erkrankung an einer der in Absatz 1 genannten Krankheiten vorgekommen ist, müssen vom Schulbesuche und den Schulräumen ferngehalten werden, soweit und solange eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie zu befürchten ist. Es ist ferner darauf hinzuwirken, daß der Verkehr dieser Schüler mit anderen Kindern auf Straßen, öffentlichen Plätzen und sonstigen öffentlichen Orten oder durch Besuche in anderen Familien möglichst eingeschränkt wird. Die Wiederzulassung zum Schulbesuche ist erst dann zu gestatten, wenn eine Weiterverbreitung der Krankheit durch diese Schüler nach Bescheinigung des behandelnden Arztes oder des Bezirksarztes nicht mehr zu befürchten ist, insbesondere, wenn die gesunden Schüler nach Entfernung aus der Behausung des Erkrankten bis zum Ablaufe der Ansteckungsfrist gesund geblieben sind oder wenn die Erkrankten genesen, aus der Behausung entfernt oder gestorben sind, die Ansteckungsfrist abgelaufen ist und die vorgeschriebene Desinfektion stattgefunden hat. Bei Scharlach und Diphtherie sind die in Absatz 1 Satz 2 vorgeschriebenen Fristen einzuhalten, wenn der Schüler in der gleichen Behausung wie der Erkrankte verblieben ist.

4. Die Bestimmungen der Absätze 1 bis 3 finden auch auf Lehrer entsprechende Anwendung, die an einer der in Absatz 1 und 2 genannten Krankheiten leiden oder in deren Behausung eine Erkrankung an einer der in Absatz 1 genannten Krankheiten vorgekommen ist.

5. Das Bezirksamt hat von jeder zu seiner Kenntnis gelangten Erkrankung eines Schülers oder eines Lehrers an einer der in Absatz 1 und 2 genannten Krankheiten, sowie von jeder Anordnung der Fernhaltung einer solchen Person vom Schulbesuche dem Vorsteher der Schule unverzüglich Mitteilung zu machen.

6. Die Bestimmungen der Absätze 1 bis 5 finden auch auf die Erziehungsanstalten, Kleinkinderbewahranstalten, Kinderschulen und Krippen, sowie auf den Religion-, Konfirmation- und Erstkommunionunterricht, die Bestimmungen der Absätze 1 bis 3 auf den Besuch des Gottesdienstes und sonstiger kirchlicher Veranstaltungen Anwendung.

§ 19. Schließung der Schulen. 1. In Ortschaften, in denen eine der in § 18 Absatz 1 und Absatz 2 Buchstabe b, c und d genannten Krankheiten epidemisch auftritt, kann die Schließung aller oder einzelner Schulen oder einzelner Klassen derselben angeordnet werden.

2. Wenn eine im Schulgebäude selbst wohnende Person von einer der in § 18 Absatz 1 und Absatz 2 Buchstabe b, c und d genannten Krankheiten befallen wird, so ist die Schule unverzüglich zu schließen, falls die erkrankte Person nicht aus dem Schulgebäude entfernt oder in ihrer Wohnung nach Ansicht des Bezirksarztes wirksam abgesondert werden kann.

3. Die Schließung der Schule gemäß Absatz 1 und 2 erfolgt durch die Ortsschulbehörde oder den Anstaltsvorstand in der Regel erst nach Untersuchung an Ort und Stelle durch den Bezirksarzt auf dessen Antrag. Ausnahmsweise dürfen an Orten, die nicht Sitz eines Bezirksarztes sind, die Ortsschulbehörden und Anstaltsleiter nach zuvor eingeholter Zustimmung des Schularztes — wo ein besonderer Schularzt bestellt ist — oder des ärztlichen Mitgliedes des Beirats den einstweiligen Schulschluß — vorbehaltlich der sofortigen Anzeige an den Bezirksarzt — dann von sich aus anordnen, wenn

durch die vorherige Einholung der Aeußerung des Bezirksarztes eine Gefahr verbundene Verzögerung bewirkt würde.

4. Die Wiedereröffnung der Schule oder Schulklasse darf nur nach vorheriger Zustimmung des Bezirksarztes, sowie nach gründlicher Reinigung und Desinfektion der in Betracht kommenden Schul- und Nebenräume angeordnet werden.

5. Die Bestimmungen in Absatz 1 bis 4 finden auch auf die in § 18 Absatz 6 genannten Unterrichtsveranstaltungen Anwendung.

6. Beim Auftreten einer der in § 18 Absatz 1 und Absatz 2 Buchstabe b, c und d genannten Erkrankungen in Internaten, Pensionaten und dergleichen sind die erkrankten Zöglinge alsbald in ein Krankenhaus zu überführen oder in sonstiger, nach Ansicht des Bezirksarztes genügender Weise abzusondern. Wenn dies nicht möglich ist, muß die Anstalt für Neuaufnahmen und außerhalb der Anstalt wohnende Zöglinge geschlossen werden. Eine Entlassung von Zöglingen aus der Anstalt darf während der Dauer und unmittelbar nach dem Erlöschen der Krankheit nur dann erfolgen, wenn die zu entlassenden Zöglinge nach dem Gutachten des behandelnden Arztes oder des Bezirksarztes gesund sind und eine Weiterverbreitung der Krankheit durch sie nicht zu befürchten ist. Die Wiedereröffnung einer wegen des Auftretens einer übertragbaren Krankheit geschlossenen Anstalt der bezeichneten Art darf erst erfolgen, wenn der Bezirksarzt dieselbe für zulässig erklärt und eine gründliche Reinigung und Desinfektion der in Betracht kommenden Räume stattgefunden hat.

§ 20. Beschränkungen des Gewerbebetriebes und des Verkehrs mit Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheiten zu verbreiten. 1. Beim Auftreten von Diphtherie, Genickstarre, Milzbrand, Ruhr, Scharlach oder Typhus in Häusern, in denen die Herstellung, Aufbewahrung oder der Vertrieb von Gegenständen stattfindet, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, insbesondere von Nahrungs- und Genußmitteln, kann auf Antrag des Bezirksarztes der weitere Betrieb des betreffenden Gewerbes in diesem Hause durch das Bezirksamt insolange untersagt werden, als die Gefahr der Verschleppung von Krankheitsstoffen besteht. Die Anordnung ist aufzuheben, sobald nach der Genesung, dem Tode oder der Entfernung des Erkrankten aus der Wohnung die Desinfektion derselben nach Maßgabe der vom Bezirksarzt zu treffenden Anordnung erfolgt ist.

2. Weitergehende Maßnahmen hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, der Aufbewahrung und des Vertriebs solcher Gegenstände können für Ortschaften und Bezirke, die von einer der genannten Krankheiten befallen sind, von dem Ministerium des Innern angeordnet, auch können von dem Ministerium Gegenstände der bezeichneten Art vorübergehend vom Gewerbebetriebe im Umherziehen ausgeschlossen werden.

3. Bei Typhus können für ausgesprochene Bazillenträger Beschränkungen hinsichtlich der Beschäftigung im Nahrungs- und Genußmittelgewerbe angeordnet werden.

§ 21. Beschränkung der Wasserbenutzung. In Ortschaften, die von Ruhr oder Typhus befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgebung, kann auf Antrag des Bezirksarztes vom Bezirksamt die Benützung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen sowie der dem öffentlichen Gebrauch dienenden Bade-, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden, soweit die betreffende Anlage ihrer Lage, Bauart und Einrichtung nach geeignet ist, zur Verbreitung der Krankheit beizutragen; in Zweifelsfällen hat eine chemische und bakteriologische Untersuchung des Wassers stattzufinden.

§ 22. Vorsichtsmaßregeln für die Behandlung von Leichen. 1. Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, die an Diphtherie, Milzbrand, Rotz, Ruhr, Scharlach oder Typhus gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden.

2. Der Zutritt zu Leichen der an diesen Krankheiten Gestorbenen ist tunlichst zu beschränken. Die Leichen sind, ohne daß sie vorher gewaschen wurden, in mit einer desinfizierenden Flüssigkeit getränkte Tücher einzuhüllen

und alsbald einzusargen; soll mit Rücksicht auf religiöse Vorschriften das Waschen der Leiche ausnahmsweise stattfinden, so darf es nur unter den vom Bezirksarzt angeordneten Vorsichtsmaßregeln und nur mit desinfizierenden Flüssigkeiten ausgeführt werden. Der Sarg soll wasserdicht verpicht sein und, wenn tunlich, nicht getragen, sondern gefahren werden. Die Aufbewahrung solcher Leichen in Räumlichkeiten, die sonst anderen Zwecken dienen, wie Spritzenhäuser und dergleichen, ist nicht statthaft.

3. Bei Todesfällen an Diphtherie und Scharlach ist Schulkindern das Betreten des Sterbehauses nicht zu gestatten.

§ 23. Desinfektion. 1. Bei Erkrankungen an Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Körnerkrankheit, Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht, Milzbrand, Rotz, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach und Typhus ist für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie infolge ihrer Berührung und Benützung durch den Erkrankten mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, eine Desinfektion und, wenn die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnis zum Werte der Gegenstände zu kostspielig ist, die Vernichtung anzuordnen. Die Vornahme der Desinfektion ist von dem Haushaltungsvorstand und in Ermangelung eines solchen von dem Hausbesitzer, in dessen Haus die Desinfektion vorgenommen werden soll, zu veranlassen.

2. Für die Ausführung der Desinfektion sind die Bestimmungen der Verordnung vom 9. Mai 1911, das Desinfektionsverfahren bei übertragbaren Krankheiten betreffend, (Desinfektionsordnung, Gesetzes- und Verordnungsblatt Seite 297) maßgebend.

3. Die Desinfektion hat sich insbesondere auf die Wäsche (Leib- und Bettwäsche), Bettzeug, Kleidungsstücke, die persönlichen Gebrauchsgegenstände und Wohnräume des Erkrankten, Wasch- und Badewasser, etwaige Verbandsmittel, ferner bei Ruhr und Typhus auf die Ausleerungen (Stuhlgang und Urin), bei Diphtherie, Genickstarre, Körnerkrankheit, Milzbrand, Rotz und Scharlach auf die krankhaften Absonderungen (Nasen- und Rachenschleim, schleimige Absonderungen der Augenbindehäute) und das Gurgelwasser, endlich bei Kindbettfieber auf den Wochenfluß und andere Absonderungen zu erstrecken; sie ist sowohl während der Dauer der Krankheit als auch nach der Genesung, der Entfernung des Kranken aus der Wohnung oder nach seinem Tode (Schlußdesinfektion) durchzuführen. Gegebenenfalls hat das Bezirksamt auch eine weitergehende Desinfektion, insbesondere eine solche des Abwassers anzuordnen.

4. Kleidungsstücke, Leibwäsche und Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an einer der in Absatz 1 genannten Krankheiten litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung und Pflege benützt worden sind, dürfen nicht in Gebrauch genommen, an andere überlassen oder sonst in Verkehr gebracht werden, bevor sie vorschriftsmäßig desinfiziert worden sind. Ebenso dürfen Fahrzeuge und sonstige Gegenstände, die zur Beförderung von an einer dieser Krankheiten erkrankten oder gestorbenen Personen gedient haben, vor Ausführung der Desinfektion nicht benützt oder an andere zur Benützung überlassen werden.

§ 24. Bekanntmachung der Anzeigepflicht. 1. Sobald in einer Ortschaft oder in einem Bezirke eine der in § 1 genannten Krankheiten in epidemischer Verbreitung auftritt, kann das Bezirksamt durch öffentliche Bekanntmachung die Verpflichtung zur Anzeige dieser Krankheit in Erinnerung bringen und die Bevölkerung durch Verteilung von Belehrungen oder in sonst geeigneter Weise über das Wesen, die Verhütung und Bekämpfung der Krankheit belehren, soweit dies ohne unnötige Beunruhigung der Bevölkerung geschehen kann.

2. Die Bekanntmachungen sind während der Dauer der Epidemie geeignetenfalls zu wiederholen.

§ 25. Verbot oder Beschränkung von Menschenansammlungen. Für Ortschaften und Bezirke, in denen Genickstarre, Rückfallfieber, Ruhr oder Typhus in epidemischer Verbreitung auftritt, kann das Ministerium des Innern, bei Gefahr im Verzug vorläufig auch das Bezirksamt, die Abhaltung von Märkten, Messen oder anderen Veranstaltungen, die eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, verbieten oder beschränken.

§ 26. Zwangsweise ärztliche Behandlung. 1. Personen, die an Körnerkrankheit leiden, können, wenn sie nicht glaubhaft nachweisen, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, zu einer solchen zwangsweise angehalten, nötigenfalls in ein Krankenhaus eingewiesen werden.

2. Bei übertragbaren Geschlechtskrankheiten (Syphilis, Tripper und weichem Schanker) ist eine zwangsweise Behandlung der erkrankten Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, gegebenenfalls deren Einweisung in ein Krankenhaus anzuordnen, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

§ 27. Maßregeln für Bade- und Luftkurorte. Durch orts- oder bezirkspolizeiliche Vorschrift kann für Badeorte, klimatische und sonstige Kurorte die in § 1 Absatz 2 Buchstabe c vorgesehene Anzeigepflicht auf sämtliche Erkrankungsfälle an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht ausgedehnt werden. Auch können in gleicher Weise für die Unterbringung von an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht erkrankten Gästen in Gasthöfen, Pensionen und Privathäusern nähere Vorschriften insbesondere über Beschaffenheit und Einrichtung der Unterkunftsräume, ärztliche Ueberwachung, Verkehr der Kranken an öffentlichen Orten usw. getroffen werden. Ferner kann durch orts- oder bezirkspolizeiliche Vorschrift für solche Orte und deren Umgebung die Aufnahme von an Lungen- oder Kehlkopfschwindsucht erkrankten Gästen außerhalb der öffentlichen Krankenanstalten und der nach § 30 der Gewerbeordnung genehmigten Privatkrankenanstalten allgemein oder für gewisse Ortsteile verboten werden.

IV. Allgemeine Vorschriften.

§ 28. Ueberwachung der Wasserversorgungsanlagen, des Wohnungswesens und dergleichen. 1. Die in § 35 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vorgeschriebene Ueberwachung der Wasserversorgungsanlagen und der Fortschaffung der Abfallstoffe hat durch das Bezirksamt im Benehmen mit dem Bezirksarzt und den technischen Staatsbehörden (vergleiche die Verordnung vom 16. Juli 1909, die Mitwirkung der technischen Behörden beim Wasserversorgungswesen betreffend, Gesetzes- und Verordnungsblatt Seite 382) zu erfolgen. Die in der Anweisung über die Bekämpfung der Cholera vorgesehene Beaufsichtigung der Wohnungen, der Abführung der Schmutzwasser und der Entleerung der Abtrittgruben, sowie die Beaufsichtigung des Verkehrs mit Nahrungs- und Genußmitteln liegt den Bezirksärzten und Ortspolizeibehörden ob, desgleichen in Zeiten von Pestgefahr die Beaufsichtigung der Wohnungen und der Maßnahmen zur Vertilgung von Ratten, Mäusen und sonstigem Ungeziefer.

2. Soweit sich bei dieser Ueberwachung Mißstände ergeben, ist für deren alsbaldige Beseitigung Sorge zu tragen.

3. Die Bezirksämter haben gegebenenfalls die Gemeinden zur Durchführung der zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten notwendigen Einrichtungen, insbesondere zur Beschaffung von Beobachtungs- und Absonderungsräumen, von Unterkunftsstellen und Beförderungsmitteln für Kranke, sowie von Desinfektionseinrichtungen anzuhalten (vergleiche §§ 23 und 35 des erwähnten Reichsgesetzes).

§ 29. Gesundheitskommissionen. 1. Zur Unterstützung des Behörden bei der Durchführung der zur Bekämpfung der Cholera, der Pest und des Fleckfiebers angeordneten Maßnahmen sind an den von diesen Krankheiten bedrohten oder ergriffenen Orten — soweit nicht ständige Kommissionen für die öffentliche Gesundheitspflege bestehen — von den Gemeinderäten besondere Gesundheitskommissionen zu bilden. Auch in Ortschaften, in denen Diphtherie, Genickstarre, Körnerkrankheit, Ruhr oder Typhus in epidemischer Verbreitung auftritt, können geeignetenfalls Gesundheitskommissionen eingerichtet werden.

2. Wo Ortsgesundheitsräte bestehen, gelten diese als Gesundheitskommissionen.

§ 30. Zuständigkeit der Eisenbahnbehörden. Für den Eisenbahnverkehr, sowie für die Bodenseedampfschiffahrt liegt die Ausführung der zu ergreifenden Schutzmaßregeln ausschließlich den Eisenbahnbehörden ob.

§ 31. Zuständigkeit der Militärbehörden. 1. Die Ausführung der zur Bekämpfung der gemeingefährlichen, wie auch der sonstigen übertragbaren Krankheiten zu ergreifenden Schutzmaßregeln liegt den Militärbehörden ob, insoweit davon

a) dem aktiven Heere angehörende Militärpersonen,
b) Personen, die in militärischen Dienstgebäuden untergebracht sind,
c) marschierende oder auf dem Transport befindliche Militärpersonen und Truppenteile des Heeres, sowie deren Ausrüstungs- und Gebrauchsgegenstände,
d) ausschließlich von der Militärverwaltung benützte Grundstücke und Einrichtungen

betroffen werden. In nicht fiskalischen Gebäuden gemietete Räume, die zu einem militärischen Dienstzweck benützt werden, sind zu den ausschließlich von der Militärverwaltung benützten Einrichtungen zu rechnen.

2. Auf Truppenübungen finden die nach dieser Verordnung zulässigen Verkehrsbeschränkungen keine Anwendung.

§ 32. Benachrichtigungen. 1. Die in dem Reichsgesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und den Anweisungen zur Bekämpfung dieser Krankheiten vorgeschriebenen Mitteilungen an das Kaiserliche Gesundheitsamt haben durch das Bezirksamt zu erfolgen. Gleichzeitig ist auch dem Ministerium des Innern von dem Ausbruch und dem Verlaufe einer gemeingefährlichen Krankheit durch das Bezirksamt Nachricht zu geben.

2. Von dem epidemischen Auftreten einer der in § 1 genannten Krankheiten hat der Bezirksarzt dem Ministerium des Innern unter kurzer Angabe der getroffenen Schutzmaßregeln Anzeige zu erstatten.

3. Die in der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 28. Februar 1911, betreffend die wechselseitige Benachrichtigung der Militär- und Polizeibehörden über das Auftreten übertragbarer Krankheiten (Reichsgesetzblatt Seite 63), vorgeschriebenen Mitteilungen sind durch die Bezirksärzte zu erstatten; diese Mitteilungen haben auch dann zu erfolgen, wenn die Krankheit an einem Orte auftritt, der mehr als 20 Kilometer von einem Garnisonsorte entfernt liegt.

4. Die Zählkarten für Erkrankungen und Todesfälle an Pocken sind von dem Bezirksarzt dem Ministerium des Innern vorzulegen.

5. Von dem Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung bei Cholera- und Pestverdacht, sowie von der Feststellung eines Erkrankungsfalles an Genickstarre hat das Untersuchungsamt sowohl dem zuständigen Bezirksarzt als auch dem Ministerium des Innern und dem Kaiserlichen Gesundheitsamt unverzüglich telegraphische Mitteilung zu machen.

§ 33. Kosten. 1. Werden beim Auftreten von gemeingefährlichen oder sonstigen übertragbaren Krankheiten durch polizeiliche Anordnungen zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit, insbesondere durch Einweisung von Kranken in Krankenhäuser, Anordnung der Absonderung von Kranken, der Räumung von Wohnungen und Häusern, Vorsichtsmaßregeln hinsichtlich der Aufbewahrung und des Transportes von Leichen, Anordnung der Desinfektion oder der Vernichtung von Gegenständen und dergleichen Kosten verursacht, so hat im Zweifelsfalle das Bezirksamt darüber zu bestimmen, wer diese Kosten zu tragen hat. Mangels anderweiter Verpflichteter fallen sie als Kosten der örtlichen Gesundheitspolizei gemäß §§ 65 und 66 der Gemeinde- und Städteordnung (in der Fassung vom 18. Oktober 1910, Gesetzes- und Verordnungsblatt Seite 597) der Gemeinde zur Last.

2. Soweit es sich um Maßregeln der Landespolizei handelt, insbesondere um Maßnahmen, die angeordnet werden, um die Einschleppung einer gemeingefährlichen oder sonstigen übertragbaren Krankheit über die Landesgrenze zu verhüten, werden die Kosten auf die Staatskasse übernommen.

3. Die Kosten der behördlichen Ermittelungen zur Feststellung einer gemeingefährlichen oder sonstigen übertragbaren Krankheit, sowie die Kosten der Anordnung, Leitung und Ueberwachung der Schutzmaßregeln, soweit sie durch die Mitwirkung der staatlichen Polizeibehörden und der beamteten oder der mit deren Stellvertretung beauftragten sonstigen Aerzte verursacht werden, werden von der Staatskasse getragen.

4. Denjenigen Gemeinden, welche durch die ihnen obliegenden Leistungen bei Bekämpfung einer gemeingefährlichen oder sonstigen übertragbaren Krankheit in einem ihre Kräfte übersteigenden Maße in Anspruch genommen werden, können nach Maßgabe der Bewilligung im Staatsvoranschlag besondere Beihilfen aus Staatsmitteln gewährt werden.

§ 34. Zeitpunkt des Inkrafttretens. Aufhebung früherer Vorschriften. 1. Diese Verordnung tritt am 1. Juli 1911 in Kraft.

2. Von diesem Zeitpunkt an treten außer Wirksamkeit:

1. die Verordnungen des Ministeriums des Innern vom 30. Dezember 1881 und vom 8. Dezember 1894, die Anzeige von ansteckenden Krankheiten betreffend,
2. die Verordnung des Ministeriums des Innern vom 27. Juni 1872, die Maßregeln gegen die Blattern betreffend,
3. die Verordnung des Ministeriums des Innern vom 26. August 1893, die Maßregeln gegen die Cholera betreffend,
4. die Verordnung des Ministeriums des Innern vom 28. Oktober 1899, die Maßregeln gegen die Pest betreffend,
5. die Verordnung des Ministeriums des Innern vom 18. November 1893, Maßregeln gegen den Typhus betreffend,
6. die Verordnungen des Ministeriums des Innern vom 8. Dezember 1894 und 6. Mai 1897, Maßregeln gegen Diphtherie und Scharlach betreffend,
7. die Verordnungen des Ministeriums des Innern vom 8. Dezember 1894 und 6. Mai 1897, Maßregeln gegen Masern und Keuchhusten betreffend,
8. die Verordnung des Ministeriums des Innern vom 30. Januar 1902, die Bekämpfung der Tuberkulose der Menschen betreffend.

D. Herzogtum Sachsen-Coburg-Gotha.

Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Gesetz vom 19. April 1911 [1]).

Erster Abschnitt.

Anzeigepflicht.

§ 1. Außer den in § 1 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 (Reichsgesetzblatt S. 306 ff.) aufgeführten Fällen der Anzeigepflicht — bei Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern) — ist jede Erkrankung und jeder Todesfall an:

Diphtherie (Rachenbräune),
Genickstarre, übertragbarer,
Kinderlähme (Poliomyelitis anterior acuta),
Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber),
Körnerkrankheit (Granulose, Trachom),
Rückfallfieber (Febris recurrens),
Ruhr, übertragbarer (Dysenterie),
Scharlach (Scharlachfieber),
Typhus (Unterleibstyphus),
Milzbrand,
Rotz,
Tollwut (Lyssa) sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere,
Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung,
Trichinose,

sowie jeder Fall, der den Verdacht von

Genickstarre,
Kindbettfieber,
Typhus (Unterleibstyphus,
Milzbrand

---

[1]) In den übrigen thüringischen Staaten ist den betreffenden Landtagen ein gleichlautender Gesetzentwurf entweder schon vorgelegt und von diesen bereits angenommen, aber noch nicht veröffentlicht (Sachsen-Weimar und Reuß j. L.) oder er wird den Landtagen bei ihrer nächsten Tagung vorgelegt werden.

erweckt, der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde innerhalb vierundzwanzig Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen.

Wechselt der Erkrankte die Wohnung oder den Aufenthaltsort, so ist dies innerhalb vierundzwanzig Stunden nach erlangter Kenntnis bei der zuständigen Polizeibehörde, im Falle eines Wechsels des Aufenthaltsortes auch bei der zuständigen Polizeibehörde des neuen Aufenthaltsortes anzuzeigen.

Gemäß Absatz 1 ist auch jeder Todesfall an Lungen- oder Kehlkopftuberkulose anzuzeigen, die Erkrankung jedoch nur, wenn ein an offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose Erkrankter die Wohnung wechselt.

§ 2. Zur Anzeige sind verpflichtet:

1. der zugezogene Arzt,
2. der Haushaltungsvorstand,
3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person,
4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungs- oder Todesfall sich ereignet hat,
5. der Leichenschauer,
6. die Leichenfrau.

Die Verpflichtung der unter 2—6 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

§ 3. Für Krankheits- und Todesfälle, die sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

§ 4. Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Mit Aufgabe zur Post gilt die schriftliche Anzeige als erstattet. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

Zweiter Abschnitt.

Ermittelung der Krankheit.

§ 5. Auf Erkrankungen, Verdacht der Erkrankung und Todesfälle an

Genickstarre, übertragbarer,
Kindbettfieber,
Typhus (Unterleibstyphus),
Milzbrand,

sowie auf Erkrankungen und Todesfälle an

Rückfallfieber,
Ruhr, übertragbarer,
Rotz,
Tollwut, Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere
Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung,
Trichinose

finden die in den §§ 6—10 des Reichsgesetzes enhaltenen Bestimmungen über die Ermittelung der Krankheit sowie die zu diesen Paragraphen erlassenen Ausführungsbestimmungen entsprechende Anwendung. Der beamtete Arzt soll den behandelnden Arzt zuziehen, wenn der Erkrankte sich in ärztlicher Behandlung befindet.

Außerdem ist bei Kindbettfieber oder Verdacht von Kindbettfieber dem beamteten Arzte der Zutritt nur mit Zustimmung des Haushaltungsvorstandes gestattet.

Auch kann bei Typhus- oder Rotzverdacht eine Oeffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

Bei Diphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach hat die Behörde nur die ersten Fälle ärztlich feststellen zu lassen und dies auch nur dann, wenn sie nicht von einem Arzte angezeigt sind.

Dritter Abschnitt.

Schutzmassregeln.

§ 6. Zur Verhütung der Verbreitung der nachstehend genannten Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr die Absperrungs- und Auf-

sichtsmaßregeln der §§ 12—19 und 21 des Reichsgesetzes gemäß den nachstehenden Bestimmungen polizeilich angeordnet werden. Die zu diesen Paragraphen erlassenen Ausführungsbestimmungen finden Anwendung. Es können angeordnet werden bei:

1. Diphtherie (Rachenbräune): Absonderung kranker Personen (§ 14 Absatz 2), jedoch mit der Maßgabe, daß die Ueberführung von Kinder in ein Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum gegen den Widerspruch der Eltern nicht angeordnet werden darf, wenn nach der Ansicht des beamteten oder des behandelnden Arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung sichergestellt ist, Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen (§ 12), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Absatz 4), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Absatz 5), Ueberwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der Maßgabe, daß diese Anordnungen nur für Ortschaften zulässig sind, in denen die Krankheit aufgetreten ist, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Desinfektion (§ 19 Absatz 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
2. Genickstarre, übertragbarer: Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Absatz 2), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Absatz 4), Fernhaltung auch der Hausangehörigen vom Schul- und Unterrichtsbesuch (§ 16), Desinfektion (§ 19 Absatz 1 und 3);
3. Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber): Verkehrsbeschränkungen für Hebammen und Wochenbettpflegerinnen (§ 14 Absatz 5), Desinfektion (§ 19 Absatz 1 und 3).

   Aerzte sowie andere die Heilkunde gewerbsmäßig betreibende Personen haben in jedem Falle, in dem sie zur Behandlung einer an Kindbettfieber Erkrankten zugezogen werden, unverzüglich die bei ihr tätige oder tätig gewesene Hebamme zu benachrichtigen.

   Den Hebammen und Wochenbettpflegerinnen, die bei einer an Kindbettfieber Erkrankten während der Entbindung oder im Wochenbette tätig sind, ist während der Dauer der Beschäftigung bei der Erkrankten jede anderweite Tätigkeit als Hebamme oder Wochenbettpflegerin untersagt. Eine Wiederaufnahme der Tätigkeit ist nur nach gründlicher Reinigung und Desinfektion ihres Körpers, ihrer Wäsche, Kleidung und Instrumente nach Anweisung des beamteten Arztes gestattet.
4. Körnerkrankheit (Granulose, Trachom): Beobachtung kranker und krankheitsverdächtiger Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
5. Lungen- und Kehlkopftuberkulose: Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
6. Rückfallfieber (Febris recurrens): Beobachtung kranker Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14 Abs. 4), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14, Abs. 5), Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15, Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16). Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3);
7. Ruhr, übertragbarer (Dysenterie): Beobachtung ansteckungsverdächtiger Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2), Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Verbot oder Beschränkung der Benutzung von Wasserversorgungsanlagen usw. (§ 17), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
8. Scharlach: wie zu Nr. 1;
9. Syphilis, Tripper und Schanker, bei Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben oder bezüglich deren Tatsachen vorliegen, welche den Ver-

dacht der gewerbsmäßigen Unzucht rechtfertigen: Beobachtung kranker, krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14, Abs. 2);

10. Typhus (Unterleibstyphus): Beobachtung kranker und ansteckungsverdächtiger Personen (§ 12), Meldepflicht (§ 13), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3 Satz 1), Kennzeichnung der Wohnungen und Häuser (§ 14, Abs. 4), Verkehrsbeschränkungen für das berufsmäßige Pflegepersonal (§ 14 Abs. 5), Ueberwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der in Nr. 1 bezeichneten Maßgabe, Verbot oder Beschränkung der Ansammlung größerer Menschenmengen (§ 15 Nr. 3), sobald die Krankheit einen epidemischen Charakter angenommen hat, Fernhaltung von dem Schul- und Unterrichtsbesuche (§ 16), Verbot oder Beschränkung der Benutzung von Wasserversorgungsanlagen usw. (§ 17), Räumung von Wohnungen und Gebäuden (§ 18), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
11. Milzbrand: Ueberwachung der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung sowie des Vertriebs von Gegenständen, die geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, nebst den zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln (§ 15 Nr. 1 und 2), mit der in Nr. 1 bezeichneten Maßgabe, Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
12. Rotz: Beobachtung kranker Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2 und 3 Satz 1), Desinfektion (§ 19 Abs. 1 und 3), Vorsichtsmaßregeln bezüglich der Leichen (§ 21);
13. Tollwut: Beobachtung gebissener Personen (§ 12), Absonderung kranker Personen (§ 14 Abs. 2).

Erkrankungsfälle, in denen Verdacht von Genickstarre (Nr. 2), Kindbettfieber (Nr. 3), Rückfallfieber (Nr. 6), Typhus (Nr. 10), Milzbrand (Nr. 11) und Rotz (Nr. 12) vorliegt, sind bis zur Beseitigung dieses Verdachts wie die Krankheit selbst zu behandeln.

§ 7. Personen, die an Körnerkrankheit leiden, können, wenn sie nicht glaubhaft nachweisen, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, zu einer solchen zwangsweise angehalten werden.

Bei Syphilis, Tripper und Schanker kann eine zwangsweise Behandlung der erkrankten Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben oder, sofern Tatsachen gegen sie vorliegen, welche den Verdacht der gewerbsmäßigen Unzucht rechtfertigen, angeordnet werden.

§ 8. Die Gemeinden sind verpflichtet, nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit die zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten (§ 6) notwendigen Einrichtungen zu treffen und ordnungsmäßig zu unterhalten. Sie können hierzu im Wege des § 224 Abs. 1 des Gemeindegesetzes angehalten werden.

Vierter Abschnitt.

Ausdehnung des Gesetzes auf andere Krankheiten.

§ 9. Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem gegenwärtigen Gesetze gegebenen Bestimmungen betreffend Anzeigepflicht, Ermittelung der Krankheit und Schutzmaßregeln für einzelne Teile oder den ganzen Umfang des Herzogtums auch auf andere hier nicht erwähnte übertragbare Krankheiten vorübergehend auszudehnen.

Fünfter Abschnitt.

Entschädigungen.

§ 10. Die Bestimmungen der §§ 29—34 Satz 1 des Reichsgesetzes finden auf diejenigen Fälle entsprechende Anwendung, in denen auf Grund der §§ 6 und 9 dieses Gesetzes die Desinfektion oder Vernichtung von Gegenständen polizeilich angeordnet worden ist. Der Anspruch auf Entschädigung fällt jedoch weg, wenn der Antragsteller den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag.

§ 11. Die Festsetzung der Entschädigung erfolgt durch die zuständige Polizeibehörde.

Gegen die Entscheidung findet unter Ausschluß des Rechtsweges innerhalb einer Frist von einem Monat die Beschwerde an die vorgesetzte Behörde (Landratsamt, Staatsministerium) statt. Gegen die Entscheidung dieser Behörde ist die Klage beim Verwaltungsgerichtshof zulässig.

§ 12. Entschädigungen für vernichtete oder infolge der Desinfektion beschädigte Gegenstände werden nur auf Antrag gewährt.

Der Antrag ist bei Vermeidung des Verlustes des Anspruchs binnen einer Frist von einem Monat bei der zuständigen Polizeibehörde, welche die Vernichtung oder Desinfektion angeordnet hat, zu stellen. Die Frist beginnt bei vernichteten Gegenständen mit dem Zeitpunkt, in dem der Entschädigungsberechtigte von der Vernichtung Kenntnis erhalten hat, bei Gegenständen, die der Desinfektion unterworfen sind, mit der Wiederaushändigung.

Bei unverschuldeter Versäumnis der Antragsfrist kann Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gewährt werden. Zuständig hierfür sind die Bezirksverwaltungsbehörden.

§ 13. Wenn Gegenstände auf polizeiliche Anordnung vernichtet werden sollen, so ist vor der Vernichtung der gemeine Wert abzuschätzen.

Sind bei einer polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion Gegenstände derart beschädigt worden, daß sie zu ihrem bestimmungsmäßigen Gebrauch nicht weiter verwendet werden können, so ist sowohl der Grad der Beschädigung, wie der gemeine Wert der Gegenstände vor ihrer Rückgabe an den Empfangsberechtigten abzuschätzen.

Bei den Abschätzungen sollen die Berechtigten tunlichst gehört werden.

§ 14. Die Abschätzung erfolgt nach den Vorschriften des 6. Abschnitts 2. Titels des Gesetzes über die freiwillige Gerichtsbarkeit vom 23. Oktober 1899 (Gemeinschaftliche Gesetzsammlung (Nr. 612). Den Auftrag zur Abschätzung erteilt die Behörde, welche die Vernichtung oder die Desinfektion anordnet.

Von der Zuziehung von Schätzern nach den in Absatz 1 bezeichneten Vorschriften kann abgesehen werden, wenn es sich um geringwertige Gegenstände handelt oder wenn eine Einigung mit dem Geschädigten über die Höhe der Entschädigung stattgefunden hat.

§ 15. Es bedarf der Abschatzung nicht, wenn feststeht, daß ein Entschädigungsanspruch gesetzlich ausgeschlossen ist oder wenn der Berechtigte auf eine Entschädigung verzichtet hat.

Sechster Abschnitt.

Kosten.

§ 16. Die Kosten, die durch die amtliche Beteiligung des beamteten Arztes oder des an seiner Stelle herangezogenen Arztes bei der Ausführung des gegenwärtigen Gesetzes entstehen, sowie die Kosten für die amtliche Ermittelung der Krankheit (§ 5) fallen der Staatskasse zur Last.

§ 17. Die sonstigen aus dem gegenwärtigen Gesetze erwachsenden Kosten fallen der Gemeinde, bei den vom Gemeindebezirk ausgeschlossenen Grundstücken den Eigentümern der Grundstücke zur Last.

§ 17. Die Gemeinde und die Eigentümer können die Erstattung der Kosten von den beteiligten Privatpersonen und ihren Unterhaltungspflichtigen verlangen, soweit diese die Kosten ohne Beeinträchtigung des für sie und ihre Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermögen.

§ 18. Wenn über die Verpflichtung, Kosten nach § 17 Absatz 2 zu erstatten, zwischen den Beteiligten Streit entsteht, so entscheidet auf Anrufen eines Teiles die der Gemeinde vorgesetzte Behörde, bei den vom Gemeindebezirk ausgeschlossenen Grundstücken die Bezirksverwaltungsbehörde.

Gegen die Entscheidungen der Bezirksverwaltungsbehörden findet innerhalb der Frist von einem Monat die Beschwerde an das Staatsministerium, gegen die Entscheidungen des Staatsministeriums findet die Klage beim Verwaltungsgerichtshof statt.

Siebenter Abschnitt.

Strafvorschriften.

§ 19. Mit Gefängnis bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu sechshundert Mark wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für die auf Grund der §§ 6 und 9 des gegenwärtigen Gesetzes eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt;
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Lungen- oder Kehlkopftuberkulose, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach, Typhus, Milzbrand und Rotz litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung und Pflege benutzt sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt, bevor sie den zu erlassenden Bestimmungen entsprechend desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, die zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder anderen zur Benutzung überläßt.

§ 20. Mit Geldstrafe bis zu einhundertundfünfzig Mark oder mit Haft wird bestraft:

1. wer die ihm nach den §§ 1—3 oder 9 des gegenwärtigen Gesetzes obliegende Anzeige schuldhaft unterläßt. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;
2. wer bei den in § 5 aufgeführten Krankheiten dem beamteten Arzte den Zutritt zum Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert;
3. wer bei den übertragbaren Krankheiten, auf welche die Bestimmungen des § 7 Absatz 3 des Reichsgesetzes für anwendbar erklärt worden sind (§§ 5 und 9 des gegenwärtigen Gesetzes), diesen Bestimmungen zuwider über die daselbst bezeichneten Umstände dem beamteten Arzte oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;
4. wer den auf Grund der §§ 6 und 9 des gegenwärtigen Gesetzes in Verbindung mit § 13 des Reichsgesetzes über die Meldepflicht erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt.

§ 21. Mit Geldstrafe bis zu einhundertundfünfzig Mark oder mit Haft wird, sofern nicht nach den bestehenden gesetzlichen Bestimmungen eine höhere Strafe verwirkt ist, bestraft:

1. wer bei den in § 6 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Krankheiten sowie in den Fällen des § 9 den nach § 9 des Reichsgesetzes getroffenen vorläufigen Anordnungen oder den nach § 10 des Reichsgesetzes von der zuständigen Behörde erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt;
2. wer bei den in § 6 des gegenwärtigen Gesetzes aufgeführten Krankheiten sowie in den Fällen des § 9 den nach § 12, § 14 Absatz 5, §§ 15, 17, 19 und 21 des Reichsgesetzes getroffenen polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt;
3. Aerzte sowie andere die Heilkunde gewerbsmäßig betreibende Personen, Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, die den Vorschriften in § 6 Nr. 8 Absatz 2 und 3 des gegenwärtigen Gesetzes zuwiderhandeln.

Achter Abschnitt.

Schlussbestimmungen.

§ 22. Wegen der beamteten Aerzte findet § 36 des Reichsgesetzes Anwendung.

§ 23. Sofern das Gesetz nicht besondere Bestimmungen enthält, gelten als Polizeibehörden die zuständigen Ortspolizeibehörden, bei den vom Gemeindebezirk ausgeschlossenen Grundstücken die zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden.

§ 24. Dieses Gesetz tritt mit dem Tage seiner Verkündung in Kraft. Mit der Ausführung des Gesetzes ist das Staatsministerium betraut.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns. Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 13. 5. Juli. 1911.

Rechtsprechung.

Verantwortlichkeit des Arztes bei nicht sorgfältiger Auswahl eines Vertreters. Urteil des Reichsgerichts (I. Str.-S.) vom 22. Mai 1911.

Der praktische Arzt Dr. Bl., der seit längerer Zeit eine ausgedehnte Praxis in G. hat und sich auf allen Gebieten ärztlicher Kunst, auch in dem der Chirurgie, betätigt, suchte einen Vertreter auf kurze Zeit, um seine außerhalb wohnende kranke Mutter besuchen zu können. Gemäß den in Bayern für die ärztliche Vertretung geltenden Vorschriften suchte B. einen approbierten Arzt, erhielt aber lediglich die Offerte eines gewissen R. aus H., der behauptete, im zehnten Studiumsemester zu stehen, im Begriffe zu sein, sein Examen zu machen und bereits sechs Wochen vertreten zu haben. In Wirklichkeit stand R. bereits im 14. Semester und im 4. klinischen Semester. Dr. B. bot nun, ohne weitere Nachforschungen anzustellen, dem R. die Stelle an, der am 12. August 1910 in G. eintraf und von Dr. B., soweit es möglich war, mit dessen Patienten bekannt gemacht wurde. Als kurz nach der Ankunft des R. an ihn gerichtete Postsachen eintrafen, die an Dr. R. adressiert waren, erklärte R. auf Befragen des Dr. B., daß er zwar sein Doktorexamen noch nicht gemacht habe, sich diesen Titel aber beilege, um das Exterieur zu wahren; Dr. B. war auch damit einverstanden. Vom 16. bis zum 29. August war Dr. B. dann bei seiner Mutter, nicht ohne den R. vor seiner Abreise darauf aufmerksam gemacht zu haben, nicht mit dem zweiten Arzt in G., Dr. T., gesellschaftlich zu verkehren. Am 27. August 1910 erhielt R. vom Bezirksamt die Aufforderung, seine Vertretung anzuzeigen und seine Approbation einzuschicken. Beides unterblieb aber, nachdem R. sich mit Dr. B. in Verbindung gesetzt hatte. Kurz vor der Rückkunft des Dr. B. kam ein Mann aus der Umgegend mit seinem dreijährigen Knaben, dessen Fuß von einem Göpelwerk zermalmt worden war, zu R. in die Sprechstunde. Dieser legte zunächst, um das Blut zu stillen, am Oberschenkel einen Esmarch'schen Verband an, sodann den Fuß in eine Schiene und entließ den Patienten, nachdem er den Oberschenkelverband wieder entfernt und ein Rezept ausgestellt hatte, mit der Weisung, nach Hause zu fahren; er werde am folgenden Tage kommen. In einer Gastwirtschaft, in der der Vater mit dem Knaben eingekehrt war, bemerkte er, daß sein Kind durch den Verband blutete und begab sich zu dem zweiten Arzt Dr. T., der jedoch unter Hinweis auf den unter Aerzten bestehenden Brauch die Behandlung ablehnte und den Patienten wieder an „Dr. R.“ verwies zwecks sofortiger Anlegung eines neuen Verbandes (R. hatte sich dem Dr. T. kurz zuvor als Dr. R. vorgestellt und in diesem gleichfalls den Glauben erweckt, er sei ein approbierter Arzt). R. legte nunmehr, nachdem er den alten Verband gelöst und einige Sehnen an dem verletzten Fuße durchtrennt hatte, in gleicher Weise wie vorher zwei Verbände an, beließ aber diesmal auch die Esmarch'sche Binde am Oberschenkel und wies den Vater an, G. nicht zu verlassen, da er noch an demselben Abend nach der Rückkehr des Dr. B. mit diesem zu einer Operation schreiten werde. Der Vater begab sich mit dem Kinde in die Wohnung einer Krankenschwester. Auf dem Rückwege zum Arzte am Abend verstarb dann das Kind infolge Verblutung; schon das Bett war beim Herausnehmen des Kindes von Blut durchtränkt gewesen. Nun wurde Klage beim Landgericht in L. gegen den Vater, den Vertreter R. und Dr. B. wegen fahrlässiger Tötung erhoben. Ersterer wurde zu 14 Tagen Gefängnis verurteilt, R. zu 4 Wochen Gefängnis sowie wegen unzulässiger Führung des Doktortitels zu einer Geldstrafe und Dr. B. zu einer Woche Gefängnis. Dr. B. habe, wie in der Anklage ausgeführt

wurde, die Vertretung entgegen den für Bayern geltenden getzlichen Vorschriften einem nicht approbierten Arzt überlassen, ohne dessen Qualifikation zu prüfen; er habe geduldet, daß R. zu Unrecht den Doktortitel führte, und dadurch auch veranlaßt, daß der zweite Arzt Dr. T., um nicht in die Behandlung seines vermeintlich erfahrenen stellvertretenden Kollegen einzugreifen, die weitere Behandlung des Knaben ablehnte. In der Hauptverhandlung bestritt Dr. B., daß der Tod des Knaben unbedingt durch Verblutung eingetreten sein müsse. Dies wurde aber als widerlegt erachtet und festgestellt, daß der Verband in ungenügender Weise angelegt worden war und daß das Eintreten des Todes hätte verhindert werden können, wenn bei Anlegung des zweiten Verbandes eine Operation vorgenommen wäre und die Adern unterbunden worden wären. Weiter bestritt Dr. B., sich bei Bestellung des R. einer Fahrlässigkeit schuldig gemacht zu haben. Das Gericht war jedoch der Ansicht, daß jeder Arzt sich vor Anstellung eines Vertreters vergewissern müsse, ob er die nötigen Fähigkeiten besitze. Das entspreche einer beruflichen Sorgfaltspflicht. Dr. B. hätte Zeugnisse verlangen müssen oder bei dem Arzt, den R. schon vertreten haben wollte, Erkundigungen einziehen oder aber selbst die Fähigkeiten des R. prüfen müssen. Er habe aber alles dies unterlassen und so grob fahrlässig gehandelt einmal durch die Anstellung des R., sodann dadurch, daß er ihm nicht ermöglichte, in schweren Fällen einen erfahrenen Arzt hinzuzuziehen und endlich dadurch, daß er zugelassen habe, daß R. den Doktortitel führte und so das Publikum wie Dr. T., den zweiten Arzt in G., täuschte. Damit habe Dr. B. eine der wesentlichsten Bedingungen für den Tod des Kindes gesetzt, der durch die unsachgemäße Behandlung seines Vertreters herbeigeführt worden sei. Da auch der eingetretene Erfolg vom Angeklagten hätte vorausgesehen werden können, sei er wegen fahrlässiger Tötung zu einer Woche Gefängnis zu verurteilen. Dr. B. legte Revision gegen dieses Urteil beim Reichsgericht ein und rügte Verletzung des formellen wie des materiellen Rechts. Der höchste Gerichtshof verwarf indessen das Rechtsmittel als unbegründet. Wenn ein Arzt mit seinem Kollegen am Orte nicht gut stehe und diesem seine Vertretung nicht überlassen wollte, müsse er für einen vollwertigen Vertreter sorgen und dieser müsse mindestens das Examen bestanden haben und dürfe nicht das Publikum durch unrechtmäßige Führung des Doktortitels täuschen.

Die Annahme einer Aufforderung zur Vornahme einer Abtreibung ist als Versuch der Abtreibung strafbar, auch wenn diese selbst unterbleibt. Urteil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 28. März 1911.

Die bereits vorbestrafte Ehefrau Berta K. hielt sich im September 1910 in Rixdorf bei Berlin auf, wo sie angeblich das Gewerbe einer Masseurin betrieb, und ließ allenthalben auf den Straßen Zettel verteilen, auf denen sie sich als „geprüfte Masseurin“ anpries und für einen von ihr vertriebenen hygienischen Artikel zum Frauenschutz Reklame machte. Wegen dieser letzteren Ankündigung wurde gegen sie beim Landgericht Berlin II wegen dem Publikum gemachter Anpreisung von Gegenständen, die zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt sind, Klage erhoben. Gleichzeitig war das Strafverfahren gegen sie und zwei andere Angeklagte — einen Handelsschüler, wie einen Reisenden — eröffnet worden. Da die K. sich eines Vergehens gegen den sogenannten Duchesne-Paragraphen (§ 49a des Strafgesetzbuches) schuldig gemacht habe, indem sie die Aufforderung zur Vornahme einer Abtreibung an der Geliebten des Handelsschülers annahm und dafür sich Vorteile, nämlich die Zahlung von 170 Mark gewähren ließ. Trotzdem die Abtreibung selbst unterblieb und die K. später sogar davon abriet, ja selbst den Eltern des Mädchens Mitteilung machte, nahm das Gericht auf Grund der Beweisaufnahme doch an, daß es der Angeklagten zunächst mit der Uebernahme der Abtreibung Ernst gewesen sei und verurteilte sie wegen der beiden ihr zur Last gelegten Delikte zu einer Gesamtstrafe von 10 Monaten Gefängnis. Ihre Revision beim Reichsgericht wurde vom höchsten Gerichtshof als unbegründet verworfen. Es sei tatsächlich festgestellt, daß sie zur Vornahme der Abtreibung ernstlich entschlossen gewesen sei; auch die Verurteilung wegen der Anpreisung der zu unzüchtigem Gebrauche bestimmten Gegenstände lasse keinen Rechtsirrtum erkennen.

Frostseife ist dem freien Verkehr überlassen. Urteil des Oberlandesgerichts (Str.-S.) in Naumburg vom 8. April 1911.

Der Vorderrichter nimmt an, daß die Frostseife nicht als „Seife" oder als „Zubereitung" zur Herstellung von „Bädern" angesehen werden könne, da die Seife den in der Flüssigkeit enthaltenen Medikamenten nur zu dem Zwecke hinzugesetzt sei, um das Gesetz zu umgehen, und da das Mittel nicht bloß zur Herstellung von Bädern, sondern auch durch Aufstreichen auf die schadhaften Körperstellen verwendet werden könne, auch hier also die Aufschrift nur zur Umgehung des Gesetzes dienen solle. Da aber alle flüssigen Gemische, auch wenn sie heilkräftige Stoffe enthalten, als Heilmittel dann außerhalb der Apotheken vertrieben werden können, wenn sie als Zubereitungen zur Herstellung von Bädern oder als Seifen zum äußerlichen Gebrauche in den Handel gebracht werden, so würde im vorliegenden Falle von einer Umgehung des Gesetzes nur dann die Rede sein können, wenn der Angeklagte die Frostseife ausdrücklich zu einer anderen Verwendungsart verkauft hätte. Daß dies aber geschehen ist, dafür liegt kein Anhalt vor. Nach dem festgestellten Sachverhalte liegt daher die dem Angeklagten zur Last gelegte Uebertretung nicht vor. Deshalb mußte das angefochtene Urteil aufgehoben werden. Apothekerzeitung; 1911, Nr. 43.

Verpflichtung einer Gemeinde zur Anlegung einer zentralen Wasserleitung. Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 25. Februar 1910.

Die angefochtene Verfügung[1]) stützt sich auf § 35 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900, nach dessen Abs. 2 die Gemeinden verpflichtet sind, für die Beseitigung der gesundheitsgefährlichen Mißstände Sorge zu tragen, welche sich bei ihren Einrichtungen für Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser finden, und ferner nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit zur Herstellung von Einrichtungen zur Versorgung mit Trink- oder Wirtschaftswasser jederzeit angehalten werden können, sofern solche Einrichtungen zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich sind. Nach § 12 des Preußischen Gesetzes, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905, sind die im Reichsgesetze und in dem Preußischen Gesetze den Polizeibehörden überwiesenen Obliegenheiten von den Ortspolizeibehörden wahrzunehmen. Der Bürgermeister, dem nach § 108 der Gemeindeordnung für die Rheinprovinz vom 23. Juli 1845 die Polizeiverwaltung im Bürgermeistereibezirke zusteht, war hiernach zu der Verfügung vom 31. Juli 1907 unter der Voraussetzung berechtigt, daß die Einrichtung einer Wasserleitung in M. zum Schutze gegen übertragbare Krankheiten erforderlich ist und daß die Auflage der Leistungsfähigkeit der Gemeinde entspricht. Gegen seine Anordnung steht der in Anspruch genommenen Gemeinde nach § 12 Abs. 3 des Gesetzes vom 28. August 1905 die Anfechtung mit den in den § 127 ff. des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883 bezeichneten Rechtsmitteln zu. Die Gemeinde behauptet nun nicht, daß sie durch unrichtige Anwendung des bestehenden Rechtes verletzt sei, sondern stellt in Abrede, daß die tatsächlichen Voraussetzungen vorhanden seien, welche die Polizeibehörde zum Erlasse der Verfügung berechtigt haben würden. Nach feststehendem Grundsatze liegt der Klägerin der Beweis dafür ob, daß die Voraussetzungen für ihre Inanspruchnahme fehlen; sie muß also dartun, daß die Wasserleitung nicht erforderlich ist und daß, wenn dies dennoch angenommen wird, die Kosten dafür nicht ihrer Leistungsfähigkeit entsprechen.

Der Versuch der Klägerin, zu beweisen, daß in M. der Typhus, eine der nach § 6 des Gesetzes vom 28. August 1905 zu bekämpfenden übertragbaren Krankheiten, nicht herrsche, muß nach dem Inhalte der vom Beklagten

---

[1]) Der Gemeinde war durch die Ortspolizeibehörde auf Grund des § 35 des Reichsseuchengesetzes vom 30. Juni 1900 bei Vermeidung der Zwangsetatisierung die sofortige Anlegung einer zentralen Wasserleitung wegen endemischen Herrschens des Typhus aufgegeben. Die dagegen erhobenen Beschwerden waren sowohl vom Landrat als vom Regierungspräsidenten als unbegründet zurückgewiesen.

eingereichten Akten als verfehlt bezeichnet werden. Selbst wenn die Zeugen, welche in der Klageschrift benannt sind, bestätigen würden, daß die dort erörterten Krankheitsfälle nicht Typhus gewesen seien, könnte dies gegenüber dem Ergebnisse der von sachkundiger Seite angestellten Ermittelungen nicht berücksichtigt werden. Nach dem Berichte des Kreisarztes steht fest, daß in den Jahren 1900 bis 1904 nach den Meldekarten zusammen 27 Typhusfälle in M. vorgekommen sind, und für 1907 sind nach dem Berichte des Landrats wiederum zwei Fälle nachgewiesen. Hierzu kommt, daß auch der Regierungs- und Medizinalrat der Regierung in T. auf Grund seiner örtlichen Ermittelungen im Jahre 1904 berichtet hat, M. sei seit Jahren Typhusort, und daß der Reichskommissar für die Typhusbekämpfung im Südwesten des Reiches im Jahre 1906 M. als einen Ort bezeichnet, in welchen der Typhus endemisch sei. Mögen auch, wie die Klägerin versichert hat, in den letzten Jahren Typhusfälle nicht mehr vorgekommen sein, so läßt sich daraus nicht im Gegensatze zu den Gutachtern folgern, daß keine Gefahr der Wiederholung des Auftretens der Krankheit mehr vorliege. Danach bedürfen die Einwohner von M. des Schutzes gegen den Typhus, dessen Uebertragbarkeit notorisch ist.

Weiter war zu prüfen, ob dieser Schutz wirksam nur gewährt werden kann durch Herstellung einer Einrichtung zur Versorgung der Gemeinde mit Trink- oder Wirtschaftswasser. Auch dies ist in der Klage mit Unrecht bestritten worden. Sowohl der Medizinalreferent der Regierung in T. als auch der Kreisarzt haben die Versorgung Ms. mit Trinkwasser wegen der schlechten Beschaffenheit der Brunnen als sehr bedenklich bezeichnet und der Kreisarzt findet darin die Erklärung für das Herrschen des Typhus. Ueber die Beschaffenheit der Brunnen ergibt der Bericht des Bürgermeisters vom 31. August 1907 die charakteristische Tatsache, daß von 175 Häusern nur 16 Brunnen haben, welche abgesehen von Regenzeiten meist genießbares Wasser geben, und daß die Bewohner einer großen Zahl von Häusern darauf angewiesen sind, ihren Bedarf an Trinkwasser aus offenen Wasserläufen (dem Enzbache, Seitenbächen und ungefaßten Quellen) zu decken. Der Reichskommissar für die Typhusbekämpfung hat sich deshalb überzeugend dahin ausgesprochen, daß auf eine Ausrottung des endemischen Typhus nicht zu rechnen sei, ehe nicht die jetzt zur Trinkwassergewinnung dienenden offenen Ziehbrunnen verschwänden.

Daß der hiernach unzweifelhaft notwendige Schutz degen die Typhusgefahr nur durch eine an die Stelle der Brunnen und sonstigen Wasser, entnahmestellen tretende Zentralwasserleitung wirksam gewonnen werden kann, durch die vom Gemeinderat angebotene Errichtung von vier bis fünf öffentlichen Kesselbrunnen aber nicht zu erreichen ist, ergeben die in den Vorgängen befindlichen Darlegungen des Bürgermeisters. Die Ortschaft M. dehnt sich etwa 1500 m weit aus und besteht aus zerstreut liegenden Häusergruppen, so daß nur vier bis fünf Kesselbrunnen dem Bedürfnisse der Wasserversorgung schon darum nicht entsprechen würden, weil die Entfernung zwischen den Wohnstätten und den Wasserentnahmestellen bei weitem zu groß wäre. Da die Gemeinde innerhalb der Ortschaft keine verfügbaren Grundstücke besitzt, käme außerdem in Frage, ob die für die Anlegung der Brunnen geeigneten Stellen überhaupt beschafft werden können. Nach Beseitigung dieses Hindernisses würden endlich die eigentümlichen Boden- und Grundwasserverhältnisse es zweifelhaft machen, ob mit Hilfe von Kesselbrunnen einwandfreies Trinkwasser zu gewinnen wäre. Das Grundwasser hat, besonders im Oberdorf, einen sehr hohen Stand; über der Geröllschicht, in der sich das Grundwasser findet, lagert eine auf manchen Stellen sehr dünne durchlässige Humusschicht, so daß die Verunreinigung des Grundwassers infolge des Durchsickerns der Humusschicht wahrscheinlich ist. Die Kesselbrunnen müßten daher sehr tief in die Grundwasserschicht hineingebaut werden, bis eine undurchlässige Bodenschicht erreicht wäre; sie müßten ferner undurchlässig hergestellt werden, was bei dem überstarken Andrang und Drucke des Grundwassers schwer ausführbar sein würde. Unter diesen Umständen läßt sich nicht die Ueberzeugung gewinnen, daß Kesselbrunnen, selbst wenn sie in ausreichender Anzahl angelegt würden, dieselbe Gewähr für die Versorgung des ganzen Ortes mit gesundem Trinkwasser bieten würden, wie die Errichtung einer Quellwasserleitung und daß der Klägerin geringere Kosten erwachsen würden, wenn an Stelle der letzteren die Anlegung von Kesselbrunnen gestattet würde.

Die Klägerin hat freilich gemeint, auch die geforderte Zentralwasserleitung werde kein einwandfreies Wasser liefern, ein Einwand, der rechtlich von Belang sein würde, weil er darauf hinausläuft, daß die polizeiliche Auflage geradezu sachwidrig sei. Indessen sind die geäußerten Bedenken tatsächlich unbegründet; denn die Quelle, welche die Zentralleitung zu speisen bestimmt ist, führt nach dem Gutachten des Kreisarztes vom 12. Dezember 1904 ein nach seinen physikalischen und chemischen Eigenschaften „sehr gutes“ Wasser; sie entspringt 1400 m vom Dorfe entfernt aus dem Sandsteingebirge und ist nach ihrem Ursprunge wie nach ihrer Umgebung der Gefahr einer Verunreinigung nicht ausgesetzt. Auch die vom Apotheker K. in B. vorgenommene Untersuchung des Wassers hat ergeben, daß es farb- und geruchlos, klar und ohne Bodensatz ist, an Schwefelsäure, Ammoniak, Salpetersäure keine, an Chlor nur quantitativ nicht zu bestimmende Spuren und an organischen Substanzen nur geringe Mengen, weder Eisen noch sonst schwere Metalle enthält und nach seinem chemischen Befund als ein gutes Trinkwasser für Menschen und Vieh zu bezeichnen ist. Was die Ergiebigkeit der Quelle betrifft, so beläuft sie sich nach der Feststellung des Kreisarztes selbst in der trockenen Jahreszeit auf 3 Liter für die Sekunde, mithin auf 259200 Liter für den Tag, während der tägliche Wasserbedarf in M. höchstens auf 75000 Liter zu schätzen ist. Der Ueberschuß an Wasser würde, wie der Bürgermeister erklärt hat, für die beiden Mühlen hinreichen, die zwar nicht nach seiner Ansicht, wohl aber nach dem Standpunkte der Klägerin Anspruch auf die Zuflüsse aus der Quelle haben. Somit ergeben sich nach keiner Richtung Bedenken gegen die Beschaffenheit und Ergiebigkeit der für die Zentralleitung in Aussicht genommenen Quelle im Konert.

Dennoch würde die Gemeinde zur Herstellung der Zentralwasserleitung nicht angehalten werden dürfen, wenn es richtig wäre, daß diese Auflage, wie sie behauptet, über ihre Leistungsfähigkeit hinausgeht. Im allgemeinen hat zwar der Verwaltungsrichter bei der Entscheidung über die Rechtmäßigkeit polizeilicher Verfügungen nicht zu prüfen, ob der Pflichtige nach seiner Vermögenslage imstande ist, der polizeilichen Auflage Genüge zu leisten, weil diese Frage wesentlich dem im Verwaltungsstreitverfahren nicht zu erörternden Gebiete der Zweckmäßigkeit der Anordnung angehört. Anders liegt dagegen die Sache bei den auf § 35 des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900 gestützten polizeilichen Anforderungen, weil hier aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes folgt, daß die Leistungsfähigkeit der in Anspruch genommenen Gemeinde eine besondere tatsächliche Voraussetzung für ihre Inanspruchnahme sein soll. Nach der Begründung des Gesetzentwurfes ist das in § 35 Abs. 3 vorgesehene, dem Landesrechte vorbehaltene Verfahren, in welchem über die gegen die Gemeinden zulässigen Anordnungen entschieden werden soll, auch dazu bestimmt, die Gemeinden vor einer etwaigen Ueberlastung zu bewahren und ihnen volles Gehör zu gewähren; darum soll die Entscheidung nicht lediglich nach medizinalpolizeilichen Gesichtspunkten, sondern nach Maßgabe der gesamten, durch die Frage berührten Interessen gefällt werden. Die Reichstagskommission schob in den Abs. 1 den Zusatz, „nach Maßgabe ihrer Leistungsfähigkeit“ in der Absicht ein, die Gemeinden vor Ueberbürdung zu schützen. Der so ergänzte § 35 wurde dann ohne Debatte nach den Beschlüssen der Kommission angenommen. Niemals ist zur Sprache gekommen, daß das Verfahren gemäß Abs. 3 nicht bestimmt sei, auch die Frage zu entscheiden, ob die in Anspruch genommene Gemeinde die ihr angesonnene Herrichtung zu leisten vermöge. Da das Verfahren ihr ausdrücklich auch zum Schutze gegen Ueberbürdung gewährt worden ist, muß daher angenommen werden, daß die Leistungsfähigkeit neben den sonstigen tatsächlichen Voraussetzungen für das Verlangen der Polizeibehörde als eine besondere selbstständig zu prüfende Voraussetzung betrachtet worden ist und nunmehr vom Verwaltungsrichter festzustellen ist. Uebrigens stehen die Beschwerdeinstanzen offenbar gleichfalls auf dem Standpunkte, daß die klagende Gemeinde nur unter der Voraussetzung ihrer Leisungsfähigkeit für verpflichtet erachtet werden kann, die geplante Zentralwasserleitung herzustellen, da sie die Finanzierung des Unternehmens und deren Verhältnis zur Vermögenslage der Gemeinde eingehend erörtert und mit zur Grundlage der Entscheidung gemacht haben.

In tatsächlicher Beziehung haben die vom Gerichtshofe veranlaßten Erhebungen schließlich dazu geführt, daß entgegen dem Vorbringen der klagenden Gemeinde ihre Leistungsfähigkeit bejaht werden mußte.

Da somit nach allen Richtungen hin die tatsächlichen Voraussetzungen für die an sich rechtlich zulässige Verfügung des Bürgermeisters vom 31. Juli 1907 vorliegen, mußte die Klage zurückgewiesen und die Klägerin nach § 103 des Landesverwaltungsgesetzes vom 30. Juli 1883 zur Tragung der Kosten verurteilt werden.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Beseitigung von Tierkadavern. Gesetz vom 17. Juni 1911.

§ 1. Die Kadaver oder Kadaverteile aller gefallenen oder getöteten Pferde, Esel, Maultiere, Maulesel, Tiere des Rindergeschlechts, Schweine, Schafe und Ziegen sind, soweit nicht ihre Verwertung zugelassen wird, unschädlich zu beseitigen.

Inwieweit und in welcher Weise eine Verwertung von Kadavern und Kadaverteilen zulässig ist, bestimmt der Bundesrat.

§ 2. Die unschädliche Beseitigung hat durch Vergraben an geeigneten Stellen zu erfolgen, soweit sie nicht durch hohe Hitzegrade (Kochen oder Dämpfen bis zum Zerfalle der Weichteile, trockene Distillation, Verbrennen) oder auf chemischem Wege bis zur Auflösung der Weichteile geschieht. In letzteren Fällen können die gewonnenen Erzeugnisse als Futtermittel für Tiere, Düngemittel oder oder in anderer Weise, jedoch nicht zum Genusse für Menschen, verwendet werden.

§ 3. Dem Landesrechte bleibt vorbehalten, für die unschädliche Beseitigung weitergehende Vorschriften als im § 1 Abs. 1 und im § 2 enthalten sind, zu erlassen, sowie das Abdeckereiwesen einschl. des Betriebs der Anlagen zur gewerbsmäßigen Beseitigung oder Verarbeitung von Kadavern und tierischen Teilen in Abweichung von der Gewerbeordnung zu regeln.

§ 4. Die Landesregierungen sind befugt, Vorschriften zur Ausführung der §§ 1, 2 zu erlassen. Dabei können sie bestimmen, daß die Vorschriften dieses Gesetzes auch auf die Kadaver totgeborener Tiere und anderer Tierarten als der im § 1 genannten Anwendung finden.

§ 5. Zuwiderhandlungen gegen dieses Gesetz sowie gegen die auf Grund der §§ 1, 3, 4 dieses Gesetzes erlassenen Vorschriften werden mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bestraft.

§ 6. Die Vorschriften über die Beseitigung von Tierkadavern, die in den Reichsgesetzen über die Bekämpfung der Rinderpest und anderer Viehseuchen sowie über die Schlachtvieh- und Fleischbeschau und in den dazu erlassenen oder noch zu erlassenen Ausführungsbestimmungen enthalten sind, bleiben unberührt.

§ 7. Dieses Gesetz tritt gleichzeitig mit dem Viehseuchengesetze vom 26. Juni 1909 (Reichsgesetzbl. S. 519) in Kraft.

B. Königreich Preussen.

Warnung vor dem Trunksuchtsmittel Alcola. Erlaß des Ministers des Innern vom 30. Mai 1911 — M 1139 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Der Kaiserlich Deutsche Konsul in Chicago hat neuerdings auf ein von der Firma Physicians Cooperatioe Association in Chicago vertriebenes angebliches Trunksuchtsheilmittel „Alcola" aufmerksam gemacht. Die zur Heilung der Trunksucht empfohlenen Präparate „Alcola" werden in aufdringlicher Weise angeboten. Ein Teil der Präparate besteht nach einer Analyse des Prof. Carl Th. Mörner in Stockholm aus Brechsteinwein; nach einer Warnung des Stadtpolizeiamts in Stuttgart vom 17. Oktober 1910 (Veröffentl. des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1911, S. 24) enthält „Alcola" neben anderen Stoffen auch Strychnin. Der für das Trunksuchtsmittel geforderte Preis von 20 Mark ist übertrieben hoch.

Euere pp. ersuche ich ergebenst, die Bevölkerung von dem Ankauf und m Gebrauch der Alkoholpräparate öffentlich zu warnen.

Zusammenstellung von Aufgaben für die Prüfungen der Apothekergehilfen. Erlaß des Ministers des Innern vom 19. Juni 1911 — M. 17338. II. Ang. — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Das am 1. Januar 1911 in Geltung getretene Deutsche Arzneibuch, 5. Ausgabe 1910, hat eine Aenderung der Aufgabensammlung notwendig gemacht, welche gemäß §§ 9 und 10 der Prüfungsordnung für Apotheker vom 18. Mai 1904 in der pharmazeutischen Vorprüfung zu benutzen ist.

Zusammenstellung von Aufgaben für die Prüfung der Apothekergehilfen.

I. Pharmazeutische Chemie.

Acetum et Acidum aceticum.
Acidum arsenicosum et Liquor Kalii arsenicosi.
Acidum benzoïcum.
Acidum boricum et Borax.
Acidum carbolicum et Kreosotum.
Acidum hydrochloricum.
Acidum hydrocyanicum, Apua Amygdalarum amararum et Oleum Amygdalarum aethereum.
Acidum nitricum.
Acidum phosphoricum.
Acidum salicylicum.
Acidum sulfuricum.
Acidum tartaricum et Tartarus depuratus.
Aether et Aether aceticus.
Ammonium bromatum, Kalium bromatum, Natrium bromatum.
Aqua chlorata et Chloralum hydratum.
Bismutum et ejus salia.
Calcium et ejus salia.
Chininum et ejus salia.
Chloroformium et Jodoformium.
Cuprum et ejus salia.
Emplastra et Sapones.
Ferrum et ejus salia.
Glycerinum.
Hydrargyrum et ejus salia.
Jodum et ejus salia.
Kalium et ejus salia.
Lithargyrum et Minium.
Magnesium et ejus salia.
Natrium et ejus salia.
Plumbum et ejus salia.
Spiritus.
Sulfur.
Zincum et ejus salia.

II. Botanik und Pharmakognosie.

Adeps et Sebum.
Amylum et Dextrinum.
Balsamum peruvianum.
Benzoë.
Camphora.
Cetaceum.
Cortex Chinae.
Crocus.
Flores Arnicae.
Flores Chamomillae.
Flores Koso.
Flores Sambuci.
Flores Verbasci.
Folia Digitalis.
Folia Hyoscyami.
Folia Menthae piperitae.
Folia Sennae.
Foliae Uvae Ursi.
Fructus Anisi et Fruct-Foeniculi.
Fructus Juniperi.
Gummi arabicum.
Lycopodium.
Manna.
Myrrha.
Oleum Amygdalarum.
Oleum Jecoris Aselli.
Oleum Ricini.
Oleum Sinapis.
Opium.
Radix Althaeae.
Radix Gentianae.
Radix Ipecacuanhae.
Radix Liquiritiae.
Radix Sarsaparillae.
Radix Senegae.
Radix Valerianae.
Rhizoma Calami.
Rhizoma Filicis.
Rhizoma Rhei.
Saccharum et Saccharum Lactis.
Secale cornutum.
Semen Lini.
Semen Sinapis.
Semen Strychni.
Tubera Jalapae.
Tubera Salep.

III. Physik.

Thermometer.
Barometer.
Wagen.
Spezifisches Gewicht.
Freier Fall der Körper.
Elektrizität.
Magnetismus.
Wärme.
Adhäsion. Kohäsion.
Mikroskop.
Dampfmaschine.
Luftpumpe.
Aggregatzustände der Körper.
Polarisation.
Apparate zur Maaß-Analyse.
Telephon und Telegraph.

IV. Galenische Zubereitungen.

Aqua Calcariae.
Aqua Foeniculi.
Aqua Menthae piperitae.
Cuprum aluminatum.
Electuarium e Senna.
Emplastrum Cantharidum ordinarium.
Emplastrum Cantharidum perpetuum.
Emplastrum fuscum camphoratum.
Emplastrum Hydrargyri.
Emplastrum Lithargyri.
Emplastrum Lithargyri compositum.
Emplastrum saponatum.
Emulsio Olei Jecoris Aselli.
Infusum Sennae compositum.
Liquor Ammonii anisatus.
Sirupus Althaeae.
Sirupus Amygdalarum.
Tinctura Jodi.
Tinctura Rhei aquosa.
Unguentum diachylon.
Unguentum Glycerini.
Unguentum Hydrargyri rubrum.
Unguentum Kalii jodati.
Unguentum leniens.
Unguentum Paraffini.
Unguentum Zinci.
Vinum camphoratum.

V. Pharmazeutisch-Chemische-Praeparate.

Acidum benzoïcum.
Aqua chlorata.
Aqua hydrosulfurata.
Bismutum subgallicum.
Bismutum subnitricum.
Ferrum sulfuricum.
Hydrargyrum bijodatum.
Hydrargyrum oxydatum via humida paratum.
Hydrargyrum praecipitatum album.
Liquor Kalii acetici.
Liquor Kalii arsenicosi.
Liquor Kalii carbonici.
Liquor Plumbi subacetici.
Mixtura sulfuria acida.
Sapo kalinus.
Sirupus Ferri jodati.

VI. Chemische Präparate zur Prüfung.

Acetanilidum.
Acidum aceticum.
Acidum benzoïcum.
Acidum boricum.
Acidum carbolicum.
Acidum citricum.
Acidum hydrochloricum.
Acidum nitricum.
Acidum phosphoricum.
Acidum salicylicum.
Acidum sulfuricum.
Acidum tannicum.
Acidum tartaricum.
Aether.
Aether aceticus.
Ammonium bromatum.
Ammonium chloratum.
Aqua Amygdalarum amararum.
Aqua chlorata.
Balsamum Copaivae.
Balsamum peruvianum.
Bismutum subgallicum.
Bismutum subnitricum.
Bismutum subsalicylicum.
Bromoformium.
Calcaria chlorata.
Calcium phosphoricum.
Chininum ferro-citricum.
Chininum tannicum.
Chloralum formamidatum.
Chloralum hydratum.
Chloroformium.
Cocaïnum hydrochlocicum.
Codeïnum phosphoricum.
Ferrum lacticum.
Ferrum pulveratum.
Ferrum reductum.
Glycerinum.
Hydrargyrum bijodatum.
Hydrargyrum chloratum.
Hydrargyrum oxydatum.
Hydrargyrum praecipitatum album.
Jodoformium.
Kalium bromatum.
Kalium carbonicum.
Kalium chloricum.
Kalium jodatum.
Kalium nitricum.
Kreosotum.
Liquor Ammonii caustici.
Liquor Ferri sesquichlorati.
Liquor Kalii arsenicosi.
Magnesia usta.
Magnesium carbonicum.
Morphium hydrochloricum.
Natrium bicarbonicum.
Natricum bromatum.
Natrium nitricum.
Natrium sulfuricum.
Phenacetinum.
Phenylum salicylicum.
Pyrazolonum phenyldimethylicum.
Pyrazolonum phenyldimethylicum salicylicum.
Stibium sulfuratum aurantiacum.
Sulfur praecipitatum.
Tartarus depuratus.
Tartarus natronatus.
Tartarus stibiatus.
Zincum oxydatum.
Zincum sulfuricum.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 14. 20. Juli. 1911.

Rechtsprechung.

Begriff Grosshandel mit Arzneien. Urteil des Oberlandesgerichts Stuttgart vom 11. August 1910.

„Die Beurteilung des Einzelfalles hat unter Berücksichtigung aller Umstände, speziell der Verhältnisse in dem betreffenden Warenzweig, der Quantität und Beschaffenheit der Ware, der Form des Geschäftes, der Art und des Umfanges des Handelsbetriebes, des Gesamtcharakters, des Gewerbebetriebes des Verkäufers, z. B. in Absicht auf Ausdehnung des Absatzes über ein größeres oder ein kleineres Gebiet, auf Stellung der Preise als Engros- oder Endetailpreise, auf Halten eines Magazins oder Ladens, weiterhin unter Berücksichtigung der Wiederverwendung der gelieferten Ware, ebenso der Eigenschaft oder des Berufs der Abnehmer usw. in der Richtung zu erfolgen, ob die gewöhnlichen Kriterien des Großhandels oder die des Kleinhandels vorwiegend vorhanden sind. Zweifellos kann nicht jeder zum alleinigen Zweck des Zwischenhandels erfolgte Verkauf an einen Zwischenhändler als erlaubter Großhandel gelten und ebensowenig etwa jeder Verkauf an die zum Vertrieb berechtigten Apotheken, vielmehr dieser auch nur dann, wenn der Handel wirklich im großen betrieben wird.

Auch ist zu beachten, daß dieselbe Person gleichzeitig Groß- und Kleinhandel treiben kann.

Ein Großhandel mit Arzneien wird allerdings hiernach im allgemeinen und in der Regel vorliegen bei einem Handel zwischen Verkäufer und Zwischenhändler, nicht zwischen Verkäufer und Konsumenten mit größeren, d. h. mit solchen Warenmengen, welche von den Konsumenten zur Befriedigung eines augenblicklichen Bedürfnisses nicht gekauft zu werden pflegen. Allein der Absatz an Konsumenten kann sich nach der Besonderheit des Falles, in Beachtung der oben erwähnten verschiedenen Umstände auch als Großhandel darstellen, wie dies ebenso in einem preußischen Ministerialerlaß vom 29. September 1881 und in einem sächsischen Ministerialerlaß vom 19. Januar 1889 ausgesprochen ist; aber dies trifft nicht ohne weiteres bloß deshalb zu, weil der kaufende Konsument mit einer sein augenblickliches Bedürfnis überschreitenden Quantität auch einen künftigen Bedarf seines Haushalts deckt.

Der gesetzgeberische Zweck, der den Kleinhandel mit Arzneien und Heilmitteln den Apotheken vorbehalten hat, aber auch nur ihn unter Freilassung des Großhandels, war zweifellos auf den Schutz des Publikums vor den Gefahren gerichtet die aus einer sachunkundigen oder nur auf schwindelhafte Ausbeutung des Publikums berechneten Behandlung arzneilich wirksamer Stoffe und Zubereitungen erwachsen können. In der für den Beruf des Apothekers erforderlichen Ausbildung wurde die wünschenswerte Garantie gegen jene Gefährdung vom Gesetzgeber gesehen und wohl als Aequivalent für die Erwerbung jener Garantien die in solchem Monopol liegende pekuniäre Bevorzugung der Apotheker gewährt, wobei zugleich durch Freigabe des Großhandels ausgesprochen wurde, daß bei diesem die erforderlichen Garantien für den Schutz des Publikums nicht ermangeln und der Großhandel mit Arzneien ohne Schaden auch Nichtapothekern überlassen bleiben könne.

Von denselben Grundsätzen, wie vorstehend vertreten, ist nun aber der Vorrichter bei seiner Auslegung des Rechtsbegriffs Großhandel und bei der Anwendung auf den vorliegenden Fall ersichtlich ausgegangen.

Die allgemeine Abgabe von Arzneimitteln, die dem freien Verkehr entzogen sind, auch Arzneimittel von homöopathischen Vereinen an Ver-

einsmitglieder ist unzulässig; dagegen ist die Vermittelung von Bestellungen an eine Apotheke und die vorläufige Aufbewahrung der bezogenen Arzneimitteln bis zum Mitnehmen seitens der Besteller nicht strafbar. Urteil des Oberlandesgerichts (Str.-S.) Düsseldorf vom 13. März 1911.

Nach den Feststellungen des Vorderrichters[1]) sind die Angeklagten Vorstandsmitglieder oder „Schrankverwalter" eines Homöopathischen Vereins, dessen Zweck es ist, jedem Mitglied den für seinen Hausbedarf erforderlichen Vorrat an homöopathischen Arzneimitteln zu verschaffen. Die Mitglieder bestellen ihren Bedarf beim Vorstand unter gleichzeitiger Entrichtung des Kaufpreises. Der Vorstand sammelt die Bestellungen und läßt die Gesamtlieferung aus der Zentral-Apotheke in Leipzig oder aus der Dr. Mauckschen Apotheke in Göppingen für den Verein kommen. Jeder Verein hat einen Arzneischrank, in welchem der Schrankverwalter — d. h. ein mit der Verwaltung der Arzneien beauftragtes Vorstandsmitglied — die Heilmittel unterbringt, ohne sie mit dem Namen der Besteller zu versehen oder sie in sonstiger Weise nach den Bestellern abzugrenzen. Er ist beauftragt, den Bestellern diese Mittel in den von ihnen gewünschten Mengen je nach Bedarf abzugeben. Werden Mittel nicht abgeholt oder scheiden Mitglieder aus dem Verein aus, so werden die hiernach übrig gebliebenen Mittel an andere Mitglieder gegen Bezahlung geliefert.

Weiter hat der Vorderrichter festgestellt, daß alle Angeklagten Mittel auch an solche Vereinsmitglieder abgegeben haben, die das betreffende Mittel nicht bestellt haben.

Endlich ist festgestellt, daß zu den verabreichten Mitteln große Mengen solcher Heilmitteln gehören, die unter die Nr. 4, 5, 9 und 10 Verzeichnisses A der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 fallen und demnach außerhalb der Apotheken nicht feilgehalten oder verkauft werden dürfen, wie die sämtlichen Angeklagten auch zugegeben haben, solche Heilmittel den Vereinsmitgliedern geliefert zu haben.

Hiernach konnte ohne Rechtsirrtum angenommen werden, daß alle Angeklagte dem § 367 Nr. 3 Str.-G.-B. zuwider ohne polizeiliche Erlaubnis Arzneien mit denen der Handel nicht freigegeben ist, an andere überlassen zu haben.

Wie der Vorderrichter zutreffend ausführt, ist es allerdings erforderlich, daß durch die Ueberlassung der tatsächlichen Verfügungsgewalt an den Anderen das den fraglichen Handel entzogene Heilmittel bei dem arzneibedürftigen Publikum zu dessen Gebrauch in Verkehr gebracht wird. Richtig ist auch, daß einem Inverkehrbringen durch die Angeklagten der Umstand nicht entgegensteht, daß Mittel durch den vorherigen Bezug im Großen aus den Zentralapotheken schon in Verkehr gebracht seien, dies schließt ein weiteres Inverkehrbringen derselben Heilmitteln im Kleinen nicht aus. Mit Recht ist weiter hervorgehoben, daß ein Verein der hier in Betracht kommenden Art keinen besonders engen, auf persönliche Fürsorge und Hülfe angewiesenen Kreis bildet, wie ihn zum Beispiel eine Familie darstellt; diese Vereine sind vielmehr, wie die große Zahl der Mitglieder erkennen läßt, Zweckverbände, die dem Gesetz zuwider die Abgabe von Arzneien im Kleinen an möglichst viele Personen unter Umgehung der Apotheken erstreben, wenn sie die Mittel im Großen auch von einer Apotheke beziehen. Grade dies will das Gesetz, wie der Vorderrichter mit Recht betont, verhindern.

---

[1]) Bei der Revision der Arzneiniederlagen von 9 homöopathischen Vereinen in Elberfeld wurde festgestellt, daß aus den dortigen Beständen alle möglichen homöopathischen und allopathischen Arzneimittel auf Verlangen an die Mitglieder abgegeben wurden. Der Bezug der Arzneimittel erfolgt engros von Schwabe-Leipzig, Mauck-Göppingen usw. — Der Amtsanwalt erließ zunächst einen Strafbefehl in Höhe von je 9 Mark eventl. 3 Tagen Haft. Hiergegen erhoben die verantwortlichen Leiter der einzelnen Drogenschränke beim Kgl. Schöffengericht Einspruch; gegen das auf Freisprechung lautende Urteil legte der Amtsanwalt Berufung ein, die zur Verurteilung der Angeklagten führte.

Insofern geht der Vorderrichter allerdings zu weit, als er ein in Verkehrbringen auch dann schon annimmt, wenn der Schrankverwalter des Vereins ein Heilmittel lediglich demjenigen Vereinsmitglied verabfolgt, daß das betreffende Mittel bei ihm bestellt hat. In diesem Falle kann der Schrankverwalter doch wohl nur als Mittelperson angesehen werden, dessen sich das Mitglied bedient, um das gewünschte Mittel aus der Zentralapotheke zu erhalten. Hätten sich die Vereine darauf beschränkt, die Heilmittel, wie sie von den einzelnen Mitgliedern bestellt waren, für diese kommen zu lassen, und sie für so lange aufzubewahren, bis der jeweilige Bedarf eintritt, so wäre ihr Verhalten strafrechtlich nicht zu beanstanden, da hierin noch kein Inverkehrbringen erblickt werden kann. Denn alsdann lagen die Arzneien nicht zur Abgabe an ein beliebiges Vereinsmitglied im Schranke bereit, sondern sie standen nur dem jeweiligen Bestellern zur Verfügung, und dieser hat dann sein Mittel nicht vom Verein, sondern aus der Zentralapotheke bezogen. Eine Beschränkung der Abgabe lag allerdings des in Frage kommenden Vereins grundsätzlich fern; ihre Absicht war, wie aus den Feststellungen des Vorderrichters zu entnehmen ist, darauf gerichtet, die Mittel auch an andere Mitglieder als die Besteller abzugeben. Diese Absicht ist auch bei allen Vereinen zur Ausführung gekommen.

Die anderen Angeklagten, die solche Mittel auch an Nichtbesteller — und zwar gegen besondere Bezahlung, wie festgestellt ist, — verabfolgten, sind aber mit Recht bestraft worden. Wenn auch vielleicht der vom Vorderrichter aufgestellte Satz, daß alle Fragen zivilrechtlicher Natur auszuscheiden seien, so kann es doch im vorliegenden Falle die Angeklagten nicht entlasten, daß die Vereine zur Umgebung der gesetzlichen Schutzvorschriften ein zivilrechtliches Verhältnis geschaffen haben, dem zufolge die vom Vereine in Großen angeschafften Heilmittel im Miteigentum aller Vereinsmitglieder standen.

Man braucht nicht anzunehmen, daß dieses Miteigentum etwa nur zum Scheine bestanden hätte. Auch wenn es, wie anzunehmen ist, zivilrechtlich einwandfrei begründet worden war, hindert es nicht, daß der Vorstand des Vereins, insbesondere der Schrankverwalter, die Heilmittel, die er verwaltet, dadurch in Verkehr brachte, daß er sie an Mitglieder abgab, wenn sich die Abgabe nicht auf die Besteller der einzelnen Mittel beschränkte. Das Miteigentum macht die Vereinsmitglieder nicht zu einem besonders engen, auf persönliche Fürsorge und Hülfe angewiesenen Kreis; auch ist unter Verkehr nicht nur ein handelsmäßiger Verkehr zu verstehen, worauf der Vorderrichter ebenfalls mit Recht hingewiesen hat.

Siran (Mittel gegen Krankheiten der Luftwege) ist ein flüssiges Gemisch im Sinne des Verzeichnisses A. Nr. 5 der Kaiserlichen Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln und seine Ankündigung daher in den Bezirken, in denen die Ankündigung der dem freien Verkehr nicht überlassenen Heilmitteln verboten ist, strafbar. Urteil des Preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 1. Mai 1911.

Phantasiebezeichnungen auf den Umhüllungen und Abgabegefässen von Arzneimitteln, z. B. Hustenstiller bei Fenchelhonig usw., sind neben der richtigen deutlichen deutschen Bezeichnung des Inhalts zulässig. Urteil des Preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 8. Mai 1911.

Zwangsweise Vorführung eines Impflings vor den Impfarzt behufs Feststellung, ob die Impfung ohne Gefahr für sein Leben und seine Gesundheit erfolgen kann. Urteil des Königl. Oberverwaltungsgerichts vom 24. Februar 1911.

Die angefochtene Verfügung [1]) gründet sich auf § 2 Abs. 2 des Reichsimpfgesetzes vom 8. April 1874, wonach in zweifelhaften Fällen der zustän-

[1]) Die Verfügung des Polizeipräsidenten lautete: „Nachdem Sie meinem Ersuchen vom 14. d. Mts. nicht nachgekommen sind, werden Sie nunmehr auf Grund der §§ 12, 14 des Impfgesetzes vom 8. April 1874 in Verbindung mit § 132 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 aufgefordert, entweder Ihr am 5. März 1902 geborenes Kind B. impfen zu

dige Impfarzt endgültig zu entscheiden hat, ob die Impfung ohne Gefahr für Leben und Gesundheit des Impflings ausgeführt werden kann. Verlangt wird für den Fall, daß der Kläger sein bisher nicht geimpftes, am 5. März 1902 geborenes Kind B. nicht impfen lassen will, der durch Attest des zuständigen Impfarztes zu erbringende Nachweis, daß das Kind ohne Gefahr für sein Leben oder seine Gesundheit nicht geimpft werden kann. Sofern der Kläger dieser Auflage nicht nachkommt, wird ihm unmittelbarer Zwang durch zwangsweise Vorführung des Kindes vor dem Impfarzt angedroht.

Diese Androhung kann nicht anders verstanden werden, als daß die Vorführung des Kindes vor den Impfarzt lediglich zur Untersuchung und Entscheidung darüber, ob die Impfgefahr noch fortbesteht, erfolgen soll. Dies ergibt sich aus der im Eingange der angefochtenen Verfügung erfolgten Bezugnahme auf die Verfügung vom 14. März 1910, in welcher vom Kläger allein verlangt worden war, durch ein Zeugnis des zuständigen Impfarztes nachzuweisen, daß das erwähnte Kind ohne Gefahr für sein Leben und seine Gesundheit nicht geimpft werden könne. Ein mehreres, etwa die sofortige zwangsweise Impfung, anzudrohen, war auch die Polizeibehörde gesetzlich nicht befugt, da nach § 2 Abs. 2 des Reichsimpfgesetzes ein Impfling, der nach ärztlichem Zeugnis nicht ohne Gefahr geimpft werden konnte, erst binnen Jahresfrist nach Aufhören der Gefahr zu impfen ist. Die Polizeibehörde konnte daher zur zwangsweisen Vorführung erst dann schreiten, wenn feststand, daß eine Gefahr für das impfpflichtige Kind seit Jahresfrist nicht mehr bestand. Diese Feststellung durch das Zeugnis des zuständigen Impfarztes mußte mit Rücksicht auf das vorliegende Attest des Dr. N. vom 9. Februar 1907, in welchem das Vorhandensein einer Impfgefahr zufolge schwerer chronischer Hautausschläge konstitutioneller Art bescheinigt wird, der zwangsweisen Ausführung der Impfung vorangehen. Zu diesem Zweck ist die angefochtene Verfügung erlassen worden. Daß im übrigen die Einführung eines Impfzwanges für Kinder der Absicht des Gesetzes entspricht, und daß die Ortspolizeibehörden zur Durchführung ihrer, den Vorschriften des Reichsimpfgesetzes entsprechenden Anordnungen befugt sind, die in § 132 des Landesverwalungsgesetzes bezeichneten Zwangsmittel und insbesondere auch die zwangsweise Vorführung von Kindern vor den Impfarzt zur Anwendung zu bringen, ist in ständiger Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts anerkannt worden. Von dieser Rechtsauffassung abzuweichen, bieten die beiden vom Kläger vorgelegten Drucksachen keine Veranlassung.

Die Angriffe gegen der Anordnung wäre begründet, wenn die Vorschrift in § 2 Abs. 2 bereits genügt wäre, weil in diesem Falle eine Forderung gestellt sein würde, die der Kläger schon erfüllt hätte. Die Entscheidung hierüber hängt zunächst davon ab, ob das Attest des Dr. N. vom 8. Februar 1907 als eine Entscheidung des zuständigen Impfarztes im Sinne des § 2 Abs. 2 des Reichsimpfgesetzes anzusehen ist. Dies ist zu verneinen. In den vorgelegten Gerichtsakten befindet sich eine auf Ersuchen des Amtsgerichts erteilte Auskunft des Magistrats zu W. vom 24. August 1908 über die Organisation des Impfwesens daselbst. Danach bildet die Stadt einen Impfbezirk und hat nach § 6 des Reichsimpfgesetzes auch nur einen Impfarzt, damals Dr. S., den die übrigen als Impfärzte fungierenden Stadtärzte — darunter auch der Aussteller des Attestes Dr. N. lediglich als Gehilfen bei der Ausführung der öffentlichen Impfung zu unterstützen haben. Der Magistrat führt dann weiter aus:

> „Für alle Handlungen, welche nach dem Gesetz von dem zuständigen Impfarzt vorzunehmen sind, ist nur Herr Dr. S. zuständig. Diese Zuständigkeit bezieht sich vor allem auch auf § 8 V (irrtümlich heißt es dort IV) der Bundesratsbeschlüsse vom 28. Juni 1899. In dem dort gegebenen Falle kann die Impfung nur durch den zuständigen Impfarzt erfolgen (§ 2 Abs. 2 des Impfgesetzes)".

---

lassen oder durch Attest des zuständigen Impfarztes den Nachweis zu erbringen, daß das erwähnte Kind ohne Gefahr für sein Leben oder für seine Gesundheit nicht geimpft werden kann.

Sollten Sie dieser Aufforderung bis zum 10. April d. Js. nicht pünktlich nachkommen, dann haben Sie außer Ihrer Bestrafung die zwangsweise Vorführung des Kindes vor den genannten Impfarzt zu gewärtigen."

Mit dieser Auskunft stimmt das Schreiben des Kreisarztes an den Königlichen Polizeipräsidenten vom 18. März 1907 (Blatt 13 der Polizeiakten) überein, wo gesagt wird:

„Die Stadt W. bildet einen einzigen Impfbezirk, und dieser ist also einem Impfarzt unterstellt. Dieser Impfarzt ist der sogenannte erste Impfarzt (z. Zt. Herr Dr. S.). Er ist für das ganze Impfgeschäft verantwortlich, unterschreibt die Impflisten und erstattet den Jahresbericht. Die anderen 4 Aerzte sind seine Gehilfen, die ihn bei der Ausführung der Impfung unterstützen. Der zuständige Impfarzt im Sinne des § 2 des Impfgesetzes und des § 8 Abschnitt IV (nicht V) der Bundesratsbeschlüsse vom 28. Juni 1899 ist also nicht irgend einer der fünf die öffentliche Impfung hier ausführenden Aerzte, sondern ausschließlich Dr. S."

Diese Regelung des Impfwesens in W. entspricht dem Gesetz, das in seinem § 6 Absatz 1, lautend:

„In jedem Bundesstaate werden Impfbezirke gebildet, deren jeder einem Impfarzte unterstellt wird,"

nur einen für das öffentliche Impfwesen im Impfbezirk verantwortlichen Impfarzt kennt. Das ergibt die Entstehungsgeschichte dieser Vorschrift. Der § 6 Abs. 1 des ursprünglichen Entwurfs hatte folgende Fassung:

„Es sind öffentliche Impfstellen einzurichten, an welchen für sämtliche Einwohner der ihnen zugewiesenen Bezirke Impfungen unentgeltlich bewirkt werden" (vergl. Stenographische Berichte des Reichstages, 2. Legislaturperiode, I. Session 1874, 3. Band Seite 22).

Die Umgestaltung zu der jetzigen Fassung beruht auf einem vom Reichstag angenommenen Vorschlag der freien Kommission. „Die Absicht ist dabei gewesen — so führte der Berichterstatter Dr. Löwe aus — die Verantwortlichkeit für alles das, was bei dem Impfgeschäft vorgenommen wird, bei einer bestimmten Person zu belassen, also nur zu dem Zweck, um den abstrakten Begriff von einer Behörde, wie sie die Impfstelle ist, zu ersetzen, ist der Impfarzt hier in das Gesetz eingeführt" (vergl. Stenographische Berichte des Reichstages, 2. Legislaturperiode, I. Session 1874, Bd. I, S. 242). Nach der Absicht des Gesetzgebers ist also jeder Impfbezirk einem für das öffentliche Impfgeschäft verantwortlichen Impfarzt unterstellt, und dieser ist der im § 2 Abs. 2 genannte zuständige Impfarzt, wie der Hinweis daselbst auf § 6 ergibt. Auch dieser Abs. 2 zu § 2 ist auf Vorschlag der freien Kommission „damit — wie der Berichterstatter ausführte (S. 241 a. a. O.) — die Kontrolle über das Impfen nun auch wirksam ausgeübt werden kann" gleichzeitig mit dem Abs. 1 zu § 6 dem Entwurf vom Reichstag zugefügt worden. Demnach kann die in § 2 Abs. 2 des Reichsimpfgesetzes genannte Entscheidung nicht von jedem bei dem öffentlichen Impfgeschäft beteiligten Arzt, sondern nur von dem für den Impfbezirk gemäß § 6 a. a. O. bestellten verantwortlichen Leiter des Impfgeschäfts getroffen werden. Dies war nach vorerwähnten Angaben des Magistrats und des Kreisarztes zur Zeit der Ausstellung des Attestes vom 9. Februar 1907 Dr. S., woraus sich ergibt, daß das von Dr. N. ausgefertigte Attest nicht von dem zuständigen Impfarzt herrührt und der Kläger dieses Attest der angefochtenen Verfügung gegenüber nicht mit Erfolg geltend machen kann.

Aber selbst wenn man annehmen wollte, das Attest wäre vom zuständigen Impfarzt ausgestellt worden, so würde auch diese Annahme nicht zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung führen können, weil in diesem Falle der zuständige Impfarzt ein Zeugnis ausgestellt hätte, das eine gänzliche Befreiung von der Impfung nicht zur Folge haben und daher die Polizeibehörde nicht hindern konnte, eine nochmalige Entscheidung des zuständigen Impfarztes herbeizuführen. Den Ausführungen des Amtsgerichts und der Strafkammer zu W. in den Einstellungsbeschlüssen, auf die sich der Kläger beruft, kann nur darin beigetreten werden, daß das Reichsimpfgesetz eine gänzliche Befreiung von der Impfung kennt, nicht aber darin, daß das Recht auf gänzliche Befreiung aus jedem beliebigen, in der körperlichen Beschaffenheit den impfpflichtigen Kindes liegenden Grunde durch die in § 10 a. a. O. erwähnten Zeugnisse nachgewiesen werden kann. Diese Vorschrift lautet, soweit sie hier in Betracht kommt:

„In den ärztlichen Zeugnissen, durch welche die gänzliche oder vorläufige Befreiung von der Impfung (§§ 1, 2) n[illegible]wieson werden soll" usw.

Die darin enthaltene Klammer — (§§ 1, 2) — weist unzweideutig darauf hin, daß nur solche ärztliche Zeugnisse, die sich auf die in § 1 und § 2 des Gesetzes bezeichneten Fälle gänzlicher (§ 1) oder vorläufiger (§ 2) Befreiung beziehen, in Betracht kommen. § 1 a. a. O. führt aber nur zwei Fälle gänzlicher Befreiung auf, nämlich das Ueberstehen der natürlichen Blattern und die erfolgreiche Impfung in den letzten fünf Jahren vor Eintritt der Impfpflicht der unter Ziff. 2 daselbst genannten Zöglinge; andere Gründe für eine gänzliche Befreiung, z. B. Krankheit, kennt das Gesetz nicht (vergl. Rapmund, die gesetzlichen Vorschriften über die Schutzpockenimpfung, Leipzig 1900, S. 6, Anm. 3 zu § 2 des Reichsimpfgesetzes). Daraus folgt, daß ärztliche Zeugnisse, die andere als die gesetzlichen Gründe für eine dauernde Befreiung geltend machen, gesetzlich nicht als gültiger Nachweis für die gänzliche Befreiung in Betracht kommen können. Aerztliche Zeugnisse dieser Art können nach den gesetzlichen Vorschriften immer nur als Nachweise für eine vorläufige Befreiung in Frage kommen und schließen daher das Recht der Polizeibehörde, in zweifelhaften Fällen gemäß § 2 Abs. 2 des Reichsimpfgesetzes noch eine Entscheidung des zuständigen Impfarztes herbeizuführen, nicht aus. Die in dem Beschluß der Strafkammer zu W. vom 7. April 1909 angeführte Stelle bei Stenglein (Die strafrechtlichen Nebengesetze des Deutschen Reiches, 3. Aufl., Berlin 1903, Seite 333, Anm. zu § 2 des Impfgesetzes) handelt nur davon, ob ein gemäß § 2 des Impfgesetzes für die vorläufige Befreiung ausgestelltes ärztliches Zeugnis über ein Jahr hinaus Wirkung haben könne, ist also für die hier zu entscheidende Frage ohne Bedeutung. Mit der Absicht des Gesetzes, nur die erwähnten beiden Fälle als Gründe für die gänzliche Befreiung von der Impfpflicht gelten zu lassen, stimmen auch die gemäß § 11 a. a. O. vom Bundesrat für die Bescheinigungen aus § 10 vorgeschriebenen Formulare überein, von denen das für ein Zeugnis für gänzliche Befreiung bestimmte Formular IV nach dem Vordruck auf der Vorderseite und der Bemerkung auf der Rückseite nur diese beiden Befreiungsgründe vorsieht (vergl. Rapmund a. a. O., Seite 16 und 17). Demnach würde das Attest des Dr. N. vom 9. Februar 1907, auch wenn es vom zuständigen Impfarzt ausgestellt worden wäre, den Kläger nicht von der Verpflichtung befreien, der polizeilichen Auflage nachzukommen. Daß es sich hier um einen zweifelhaften Fall im Sinne des § 2 Abs. 2 des Reichsimpfgesetzes handelt, ergibt die Sachlage, da der Kläger als prinzipieller Impfgegner bekannt ist und es daher zweifelhaft erscheint, ob seinem eifrigen und bisher — 8 Jahre lang — auch erfolgreichen Bestreben, sein Kind der Impfung zu entziehen, gesetzliche Gründe zur Seite stehen.

Demnach war die Klage der Erfolg zu versagen. Die Entscheidung hinsichtlich der Kosten rechtfertigt sich nach § 103 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Fuhrkosten bei gemeinschaftlicher Benutzung von Fuhrwerk. Schreiben des Finanzminsters vom 18. April 1911, I 5047, an den Minister der öffentlichen Arbeiten.

Die im § 3 Abs. 5 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 vorgesehene Ermäßigung der Fuhrkosten für Landwege muß sinngemäß auch dann eintreten, wenn der liquidierende Staatsbeamte das Verkehrsmittel gemeinschaftlich benutzt hat mit einem durch Pauschvergütung abgefundenen Staatsbeamten, einem Reichsbeamten, einer Militärperson oder einer anderen Person, die Reisekosten aus einer Reichs-, Staats-, Kommunal- oder sonstigen öffentlichen Kasse erhält.

Etwa erforderliche Reisekosten zwecks Untersuchung eines Kriegsteilnehmers fallen der Staatskasse nicht zur Last; sie fallen bei Ersuchen des Landrats entweder unter das Reisepauschale oder sind vom Kriegsteilnehmer zu tragen, wenn sie auf dessen Ersuchen erfolgt. Erlaß des

Ministers des Innern vom 3. Juli 1911 — M. 1300 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die Gebührenfreiheit einer Dienstsendung des Kreisarztes schließt seinen Anspruch auf Reisekosten nicht aus. Eine Zahlung aus der Staatskasse kann aber bei Reisen zwecks Untersuchung eines Kriegsteilnehmers auf Erwerbsunfähigkeit i. S. des Art. I Nr. 3 des Gesetzes vom 22. Mai 1895 (R. G. Bl. S. 237) nicht in Frage kommen. Erfolgt die Reise auf Ersuchen des Landrats, so ist zwar die Staatskasse grundsätzlich kostenpflichtig (vergl. § 1 Abs. 6 des Kreisarztgesetzes vom 16. September 1899), doch sind Reisen dieser Art durch das Pauschale abgegolten. Erfolgt dagegen die Reise auf Ersuchen des Kriegsteilnehmers, so ist eine rechtliche Verpflichtung des Staates zur Schadloshaltung des Kreisarztes nicht gegeben.

Uebrigens werden Reisen der Kreisärzte zur Untersuchung von Kriegsteilnehmern zwecks Ausstellung eines Gutachtens i. S. der Tarifnummer B. 15 zum Gesetz vom 14. Juli 1909 (Gesetzsamml. S. 625) möglichst zu vermeiden sein. Die Kriegsteilnehmer werden im allgemeinen zu veranlassen sein, sich zum Kreisarzt zur Untersuchung zu begeben und nur, wenn der Gesundheitszustand des Kriegsteilnehmers dies für längere Dauer untunlich macht, kann ein Ersuchen des Landrats gemäß § 1 Abs. 6 cit. in Frage kommen.

Ew. Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, die Landräte mit entsprechender Weisung zu versehen.

Erweiterung des Aufgabenkreises der Medizinaluntersuchungsämter durch Hinzunahme der serodiagnostischen Untersuchungen auf Syphilis. Erlaß des Ministers des Innern — M. Nr. 17 305 II — vom 6. Juli 1911 unter Bezugnahme auf den Erlaß vom 27. März 1907 — M.-Nr. 4362 I. U. I. — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Der Aufgabenkreis der Medizinaluntersuchungsämter ist auf Grund des Erlasses vom 5. August 1910 — M. 18 915 — durch Hinzunahme der serodiagnostischen Untersuchungen auf Syphilis erweitert worden. Die Ausführung dieser Untersuchungen fällt insoweit unter die Aufgaben der Medizinaluntersuchungsämter, als sie im Interesse der gesetzlich geordneten Seuchenbekämpfung erfolgt. Gesetzlich geordnet ist die Bekämpfung von Syphilis nur bei den Personen, die gewerbsmäßig Unzucht treiben. Untersuchung von Material anderer Personen auf Syphilis ist nicht Aufgabe der Gesundheitspolizei und fällt daher nicht unter die durch die Pauschalbeträge von Kreisen oder Gemeinden abgegoltenen Leistungen. Bis auf weiteres kann zwar die Wassermann'sche Reaktion auch für Material anderer Personen durch die dazu ausgestatteten Medizinaluntersuchungsämter ausgeführt werden, es darf jedoch nur gegen besondere Gebühr geschehen. Die Höhe der Gebühr muß so bemessen werden, daß die Ausgaben für die Wassermannschen Untersuchungen volle Deckung finden; staatliche Mittel, insbesondere für etwaige Vermehrung des Personals, der Räumlichkeiten u. a., können nicht zur Verfügung gestellt werden.

Ew. Hochgeboren pp. ersuche ich ergebenst, sich auf Grund der bisherigen Erfahrungen des dortigen Medizinaluntersuchungsamts über die Höhe der hiernach festzusetzenden Gebühr gefälligst mit tunlicher Beschleunigung zu äußern.

In dem Erlasse vom 22. Juli 1903 — Min.-Bl. f. Med.-Ang. S. 302 —, dessen Gesichtspunkte nach dem Erlasse vom 27. März 1907 — M. 4362, I. U. I. — für die Art und den Umfang der Tätigkeit der Medizinaluntersuchungsanstalten maßgebend sein sollen, ist bereits darauf hingewiesen, daß die wissenschaftliche Forschung nicht zu den Aufgaben der Anstalten gehört. Die bakteriologischen Untersuchungen sollen nur nach wissenschaftlich erprobten Methoden stattfinden. Den an den Untersuchungsanstalten angestellten Medizinalbeamten soll es indessen unbenommen bleiben, außerdienstlich wissenschaftliche Forschungen in den Räumen des Amtes zu betreiben, soweit die Erledigung der Amtsgeschäfte dadurch nicht beeinträchtigt wird.

Einer über den Anordnungen des Erlasses vom 27. März 1907 Abs. 5 hinausgehenden Lehrtätigkeit haben sich die Medizinal-Untersuchungsämter zu enthalten.

Empfehlung der Schrift des Geh. Ob.-Med.-Rats Prof. Dr. Kirchner über „Die Zahnpflege in den Schulen". Runderlaß des Ministes des Innern vom 29. Mai 1911 — M. Nr. 1288 — an sämmtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euerer pp. übersende ich anliegend ein Exemplar der Schrift des vortragenden Rats in meinem Ministerium, Geh. Ob.-Med.-Rats Prof. Dr. Kirchner „Die Zahnflege in den Schulen" zur Kenntnisnahme.

Der Preis des Heftes, welches von der Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, Berlin, SW. 48, Wilhelmstraße 10 bezogen werden kann, beträgt im Einzelverkauf 15 Pf., 100 Exemplare kosten 12,50 M., 200 = 22 M. und 500 = 50 M.

Bekämpfung der Cholera. Erlaß des Ministers des Innern vom 6. Juli 1911 — M. Nr. 17305 III — vom 6. Juli 1911 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

In den Ausführungsvorschriften zu § 16 der Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera sind diejenigen Stellen bezeichnet, denen die bakteriologische Feststellung der Cholera übertragen ist. In Ergänzung dieser Vorschriften bestimme ich, daß Cholerauntersuchungen auch in den Medizinaluntersuchungsämtern in Gumbinnen und Danzig stattfinden können. In den übrigen Medizinaluntersuchungsämtern, auch in denjenigen, die früher die Ermächtigung dazu erhalten haben, ist bis auf weiteres von der Ausführung von Cholerauntersuchungen abzusehen.

Uebersicht über die im Jahre 1910 in Preussen zur amtlichen Kenntnis gelangten Bissverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere. Runderlaß des Ministers des Innern vom 24. Juni 1911 — M. Nr. 11099 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euer pp. übersende ich in der Anlage ergebenst eine Uebersicht über die im Jahre 1910 amtlich gemeldeten Fälle von Bißverletzungen durch tolle oder tollwutverdächtige Tiere, die auf Grund der mir eingesandten Berichte zusammengestellt ist, zur gefälligen Kenntnisnahme.

Uebersicht über die im Jahre 1910 in Preussen zur amtlichen Kenntnis gelangten Bissverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere.

Im Jahre 1910 wurden in Preußen 247 Bißverletzungen von Menschen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere amtlich gemeldet. Die Zahl ist die niedrigste in den letzten 9 Jahren; sie war nämlich: 1902: 250, 1903: 307, 1904: 365, 1905: 374, 1906: 367, 1907: 405, 1908: 295, 1909: 406.

Von den Verletzten waren 181 = 73,3 v. H. männlichen und 66 = 26,7 v. H. weiblichen Geschlechts (im Vorjahre 68,2 bezw. 31,8 v. H.).

Das Lebensalter der verletzten Menschen war folgendes:

Alter	Personen	Alter	Personen
1— 2 Jahre bei	2 Personen.	21—30 Jahre bei	24 Personen.
2— 3 „ „	5 „	31—40 „ „	29 „
3— 4 „ „	3 „	41—50 „ „	28 „
4— 5 „ „	9 „	51—60 „ „	12 „
6—10 „ „	48 „	61—70 „ „	9 „
11—15 „ „	50 „	71—80 „ „	1 „
16—20 „ „	26 „	Alter unbekannt .	1 „

Von den Verletzungen fielen auf den Monat:

Monat		Monat		Monat	
Januar . .	29	Mai . . .	23	September .	11
Februar . .	7	Juni . . .	8	Oktober . .	25
März . . .	12	Juli . . .	28	November .	18
April . . .	29	August . .	34	Dezember .	23

Somit ereigneten sich in der wärmeren Jahreszeit (April bis September) 133 = 53,8 v. H. der Fälle, in der kälteren (Januar bis März und Oktober bis Dezember) 114 = 46,2 v. H. Wie in den Vorjahren ist somit die Zahl der Bißverletzungen in der wärmeren Jahreszeit im allgemeinen etwas höher, das Gegenteil trifft jedoch für die Regierungsbezirke Marienwerder, Oppeln, Coblenz und Aachen zu.

Auf die einzelnen Provinzen verteilen sich 1910 (1909) die Fälle folgendermaßen:

Schlesien	68 (133)	Westpreußen . .	12 (41)
Posen	59 (56)	Hessen-Nassau . .	9 (10)
Ostpreußen . . .	49 (98)	Brandenburg . .	2 (2)
Rheinprovinz . .	48 (64)	Pommern	— (2)
		zusammen	247 (406)

In den 7 (8) betroffenen Provinzen wurden 1910 (1909) in 17 (18) Regierungsbezirken verletzt:

Oppeln . . .	39 (75)	Menschen in	6 (13)	Kreisen durch	21 (33)	Tiere
Posen . . .	33 (84)	„ „	10 (8)	„ „	21 (22)	„
Gumbinnen . .	27 (28)	„ „	7 (9)	„ „	15 (20)	„
Bromberg . .	26 (22)	„ „	7 (6)	„ „	10 (15)	„
Aachen . . .	26 (—)	„ „	5 (—)	„ „	14 (—)	„
Liegnitz . . .	17 (19)	„ „	5 (8)	„ „	8 (9)	„
Coblenz . . .	16 (29)	„ „	3 (8)	„ „	7 (14)	„
Allenstein . .	12 (55)	„ „	4 (8)	„ „	7 (21)	„
Breslau . . .	12 (39)	„ „	6 (6)	„ „	8 (13)	„
Königsberg . .	10 (15)	„ „	5 (3)	„ „	8 (6)	„
Marienwerder .	9 (37)	„ „	3 (10)	„ „	4 (31)	„
Wiesbaden . .	9 (10)	„ „	1 (2)	„ „	7 (4)	„
Danzig . .	3 (4)	„ „	2 (4)	„ „	2 (4)	„
Cöln	3 (3)	„ „	1 (1)	„ „	1 (2)	„
Trier	3 (29)	„ „	3 (5)	„ „	3 (7)	„
Berlin	1 (1)	„ „	1 (1)	„ „	1 (1)	„
Frankfurt . .	1 (—)	„ „	1 (—)	„ „	1 (—)	„
Düsseldorf . .	— (3)	„ „	— (2)	„ „	— (2)	„
Stettin . . .	— (2)	„ „	— (1)	„ „	— (1)	„
Potsdam . .	— (1)	„ „	— (1)	„ „	— (1)	„
zusammen	247 (406)	Menschen in	70 (96)	Kreisen durch	138 (206)	Tiere.

In 30 von diesen 70 Kreisen wurde nur je 1 Fall gemeldet, in 12 Kreisen je 2 Fälle, in 6 je 3, in 3 je 4, in 6 je 5, in einem Kreis 6, in 4 Kreisen je 7, in 2 je 8, in 2 je 9, in 1 Kreis (Kreis Wreschen, Reg.-Bez. Posen) 11, in 2 Kreisen (Kreis Heydekrug, Reg.-Bez. Gumbinnen und Kr. Aachen-Stadt) je 15 und in 1 Kreis (Kr. Leobschütz, Reg.-Bez. Oppeln) 24 Fälle.

Bei einem Vergleich mit dem Vorjahr ergibt sich eine geringe Zunahme der Fälle in der Provinz Posen, im übrigen fast überall eine erhebliche Abnahme, die in der Provinz Schlesien (bes. im Reg.-Bez. Oppeln und Breslau), Ostpreußen (bes. im Reg.-Bez. Allenstein) und Westpreußen (Reg.-Bez. Marienwerder) am beträchtlichsten ist. In der Rheinprovinz ist der Rückgang der Fälle im Reg.-Bez. Trier und Coblenz stark, während im Reg.-Bez. Aachen, in welchem zuletzt im Jahre 1906 einige Bißverletzungen beobachtet waren, 26 Fälle gemeldet wurden.

Verhältnißmäßig geringer als in den beiden letzten Jahren war der Anteil der östlichen Grenzprovinzen (Ostpreußen, Westpreußen, Posen und Schlesien) an der Zahl der Bißverletzungen. In ganz Preußen und in den genannten 4 Provinzen wurden 1910 (1909; 1908) verletzt:

in Preußen

247 (406; 295) Personen in 70 (96; 86) Kreisen durch 138 (206; 155) Tiere.

davon in den östlichen Provinzen

188 (328; 271) Personen in 55 (75; 75) Kreisen durch 104 (174; 140) „

v. H.

75,7 (80,8; 91,9) Pers. in 78,6 (78,1; 87,2) Kreisen durch 75,4 (84,5; 80,9) „

Die Verletzungen des Berichtsjahres wurden von 138 Tieren zugefügt; unter diesen befanden sich 127 Hunde, 6 Katzen, 3 Kühe und 2 Pferde; die Hunde verletzten 232 Menschen, die Katzen 9, die Kühe und Pferde je 3. Es wurden verletzt:

Je 1 Mensch von	79 Hunden, 4 Katzen, 3 Kühen, 1 Pferd . .	=	87	Fälle
„ 2 Menschen „	23 „ , 1 Katze, 1 Pferd	=	50	„
„ 3 „ „	9 „ , 1 Katze, ...	=	30	„

Je 4 Personen von 8 Hunden	. . . .	=	32 Fälle
„ 5 „ „ 4 „	. . . .	=	20 „
„ 6 „ „ 1 „	. . . .	=	6 „
„ 7 „ „ 2 „	. . . .	=	14 „
„ 8 „ „ 1 „	. . . .	=	8 „
		zusammen	247 Fälle

Der **Sitz und die Art der Verletzung** geht aus folgender Uebersicht hervor:

Am Kopf oder Hals wurden gebissen	9 Personen
„ „ „ „ „ gekratzt	1 Person
An den oberen Gliedmaßen wurden gebissen	120 Personen
„ „ „ „ „ gekratzt	3 „
„ „ „ „ gelangte Blut in Hautwunden bei	4 „
„ „ „ „ „ Speichel „ „ „	2 „
„ „ unteren „ wurden gebissen	77 „
„ „ „ „ „ gekratzt	1 Person
Am Rumpf wurden gebissen	7 Personen
An mehreren Stellen des Körpers wurden gebissen	12 „
Ort der Bißverletzung nicht angegeben bei	11 „
zusammen	247 Personen

Von diesen 247 **Personen** wurden 213 durch Tiere verletzt, bei denen die tierärztliche Obduktion Tollwutverdacht ergab; bei 2 Personen ließ sich auf Grund der Beobachtung des lebenden Tieres oder des Obduktionsbefundes der Tollwutverdacht ausschließen; in 29 Fällen liegen keine Feststellungen vor, da das Tier entlaufen und nicht wieder gefunden oder sofort getötet und verbrannt oder vergraben worden war. In 1 Fall konnte durch die Tollwuterkrankung eines gleichzeitig gebissenen Rindes, in 2 durch die Erkrankung eines gebissenen Menschen erwiesen werden, daß der Hund, von dem die Verletzung herrührte, an Tollwut gelitten hatte. Soweit Angaben vorliegen, fand bei 208 Bißverletzungen eine Einsendung des Kopfes des Tieres zur Untersuchung statt; in den übrigen Fällen unterblieb die Einsendung, oder es fehlen bestimmte Angaben darüber, ob sie vorgenommen wurde. Von diesen 208 Fällen konnte durch die mikroskopische Untersuchung oder den Tierversuch bei 157 festgestellt werden, daß die Verletzung durch ein tollwutkrankes Tier zugefügt war, in 22 Fällen mißglückte dieser Nachweis und zwar einmal wegen starker Fäulnis des Untersuchungsmaterials; in 2 Fällen konnte auf Grund der Untersuchung das Vorliegen von Tollwut verneint werden.

Es wurden somit 160 **Menschen** von sicher tollwutkranken, 4 von sicher nicht tollwutkranken Tieren gebissen; in 83 Fällen konnte nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden, ob die Verletzung durch ein tollwutkrankes Tier zugefügt war oder nicht.

Von den 138 **Tieren** gelangten 120 zur Obduktion durch einen Tierarzt; nur bei 1 Tier wurde auf Grund des Obduktionsbefundes der Tollwutverdacht als unbegründet erklärt. 17 Tiere waren entlaufen oder bei dem Eintreffen des Tierarztes getötet und beseitigt worden; in je einem dieser Fälle konnte jedoch durch Erkrankung eines Menschen bezw. eines gebissenen Rindes der Tollwutverdacht bestätigt werden. Bei 1 Tier ergab längere Beobachtung, daß Tollwut bestimmt nicht vorlag. Von 98 Tieren wurden, soweit Angaben vorliegen, Leichenteile zur Untersuchung versandt, und zwar 45 mal an das Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, 53 mal an das Hygienische Universitätsinstitut in Breslau. Hierbei gelang durch die mikroskopische Untersuchung oder die Tierimpfung in 82 Fällen der Nachweis der Tollwut, in 14 Fällen glückte der Nachweis nicht, davon einmal wegen vorgeschrittener Fäulnis des Untersuchungsmaterials. Bei 2 Tieren wurde auf Grund der Untersuchung das Bestehen von Tollwut verneint.

Von den 138 Tieren waren somit 84 sicher tollwutkrank, 4 sicher nicht tollwutkrank; bei 50 Tieren blieb die Diagnose zweifelhaft.

Von den 247 Verletzten unterzogen sich 237 der **Schutzimpfung** nach **Pasteur**, das sind 95,9 v. H., mithin verhältnismäßig erheblich mehr als in allen vorhergegangenen Jahren, wo es

1898 . .	29,0 v. H.	1901 . .	78,1 v. H.
1899 . .	80,5 „	1902 . .	90,8 „
1900 . .	82,3 „	1903 . .	91,5 „

1904 . .	91,7 v. H.	1907 . .	94,3 v. H.
1905 . .	87,8 „	1908 . .	94,6 „
1906 . .	91,7 „	1909 . .	92,1 „ waren.

Von 4 Personen, die von sicher nicht tollwutkranken Tieren gebisssen waren, ließ sich 1 nicht impfen, von 160, bei denen die Tollwut des Tieren nachgewiesen wurde, 7; bei 5 von diesen ist angegeben, daß es sich nur um eine ganz leichte Verletzung oder Quetschung handelte.

Der Impfung unterzogen sich 124 Personen im Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, 123 im Hygienischen Universitätsinstitut in Breslau. Nach Breslau wandten sich alle Personen aus den Provinzen Schlesien und Posen mit Ausnahme je 1 Person aus den Reg.-Bez. Posen, Bromberg und Breslau, nach Berlin alle übrigen Personen. Von den Behandelten wurden geimpft:

1906:	24,0 v. H. in Breslau,	76,0 v. H. in Berlin
1907:	65,8 „ „ „ ,	34,2 „ „ „
1908:	66,3 „ „ „ ,	32,6 „ „ „
1909:	45,7 „ „ „ ,	54,3 „ „ „
1910:	51,9 „ „ „ ,	48,1 „ „ „

Von den 247 verletzten Personen ist eine an Tollwut erkrankt. Ferner starb eine Person zwar einige Zeit nach der Bißverletzung und der Durchführung der Schutzimpfung, doch lag bei ihr bestimmt nicht Tollwut vor; dies war ein 53jähriger Mann im Reg.-Bez. Marienwerder; er erkrankte 5 Tage nach der Beendigung der Schutzimpfung unter den typischen Erscheinungen einer schweren linksseitigen Lungenentzündung; bis zu seinem Tode, der nach 8 Tagen eintrat, bot er keinerlei tollwutverdächtige Erscheinungen dar; er war völlig ruhig und zeigte keine Scheu vor Getränken oder Lähmungserscheinungen, so daß von einer Leichenöffnung Abstand genommen wurde.

Die Tollwuterkrankung betrifft einen 26jährigen Mann M. in Frankfurt a. M., der am 28. Juli von seinem eigenen Hunde in den rechten Oberarm und Zeigefinger gebissen wurde. M. kümmerte sich zunächst nicht um die Verletzungen und ließ den Hund erst töten, als dieser Anfang August auch seine Frau gebissen hatte. So konnte erst 10 Tage nach der Verletzung die spezifische Behandlung in Berlin begonnen werden. Nach der 13. Einspritzung erkrankte M. am 19. August unter Fieber und Schmerzen im Kopfe und Rücken und unter Halluzinationen an Schwäche in den Beinen, aus der sich am 20. eine schlaffe Lähmung entwickelt hatte. Weiterhin trat Blasenlähmung, Gefühllosigkeit des Rumpfes bis zu den Brustwarzen und Schwäche und Gefühlsstörungen in den Armen auf. Während die Gefühlsstörungen am Rumpfe bald zurückgingen, bildeten sich am 13. September geschwürige Stellen am Kreuzbein und in der Hackengegend der Füße. Im Anschluß hieran trat Blutvergiftung auf, der M. am 24. Oktober erlag. Die Leicheneröffnung ergab eine seröse Entzündung der weichen Rückenmarkshäute der Lendenanschwellung. Durch den Tierversuch konnte nachgewiesen werden, daß die Lähmung des M. durch den Erreger der Tollwut verursacht worden war und demnach bei M. eine leichte Tollwuterkrankung vorgelegen hatte.

Es ist somit von 237 geimpften Personen 1 = 0,42 v. H. an Tollwut erkrankt; sie hatte sich zu spät in Behandlung begeben und erkrankte vor Durchführung des Schutzimpfungsverfahrens. Der Tod trat über 2 Monate nach der Tollwuterkrankung an Blutvergiftung ein. In den Vorjahren erkrankten und starben trotz der Schutzimpfung an Tollwut:

1909	von 374: 8 = 2,13 v. H.	1905	„ 323: 3 = 0,93 v. H.
1908	„ 279: 2 = 0,67 „	1904	„ 330: 5 = 1,5 „
1907	„ 382: 2 = 0,52 „	1903	„ 281: 4 = 1,42 „
1906	„ 342: 4 = 1,14 „		

Berücksichtigt man nur die Personen, die von sicher tollwutkranken Tieren gebissen worden waren, so erkrankten an Tollwut:

1910	von 153	schutzgeimpften Personen	1 = 0,65 v. H.
1909	„ 230	„ „	8 = 3,48 „
1908	„ 190	„ „	2 = 1,05 „
1907	„ 266	„ „	2 = 0,75 „
1906	„ 236	„ „	4 = 1,69 „
zusammen	von 1075	schutzgeimpften Personen	17 = 1,58 v. H.

Die Mückenplage und ihre Bekämpfung. Erlaß des Ministers des Innern — M. 1336 II — vom 4. Juli 1911 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Das Kaiserliche Gesundheitsamt hat unter dem Titel „Die Mückenplage und ihre Bekämpfung" eine gemeinverständliche Beschreibung der Schädigungen, die in wirtschaftlither und hygienischer Hinsicht durch die massenhaft an einzelnen Orten auftretenden Mücken verursacht werden, und eine Zusammenstellung der Mittel, welche gegen die Mückenplage zum Teil bereits mit Erfolg zur Anwendung gebracht worden sind, herausgegeben. Die Denkschrift, von der ich ein Exemplar beifüge, ist im Verlage von Julius Springer, Berlin N. 24 Monbijouplatz 3 erschienen und kostet 30 Pfg. das Stück. Der Preis ermäßigt sich beim Bezuge von mindestens

10 Exemplaren auf	28 Pfg.,	500 Exemplaren auf	22 Pfg.
50 „ „	26 „	1000 „ „	20 „
100 „ „	24 „		

Ew. Hochgeboren pp. ersuche ich ergebenst, gefälligst die nachgeordneten Behörden auf die Denkschrift aufmerksam zu machen.

Es ist für mich von Wert, über die praktische Anwendbarkeit und den Erfolg der an den einzelnen Orten etwa gegen die Mückenplage zur Anwendung gebrachten Mittel unterrichtet zu werden. Ich will daher hierüber alljährlich zum 1. Januar einen zusammenfassenden Bericht ergebenst entgegensehen.

B. Königreich Sachsen.

Abänderung und Ergänzung der Verordnung über die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten vom 29. April 1905. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 21. Juni 1911.

Die Verordnung über die Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten vom 29. April 1905 (Gesetz- und Verordnungsblatt S. 149) wird mit Wirkung vom 1. Juli 1911 an abgeändert und ergänzt, wie folgt:

Der behandelnde Arzt hat die Anzeige nach § 2, die ihm bei jedem Erkrankungs- und Todesfall an Krupp, Diphtherie und Scharlach, sowie bei jedem Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfall an Genickstarre und Typhus obliegt, nicht mehr an den Bezirksarzt, sondern, wie die nach § 3 Anzeigepflichtigen, an die Polizeibehörde des Aufenthaltsortes des Erkrankten oder des Sterbeortes zu erstatten.

Bei schriftlichen Anzeigen haben die Aerzte auch künftighin einheitliche Vordrucke zu benutzen, die sie nunmehr aber von den Polizeibehörden kostenlos erhalten. Die Polizeibehörden können diese Vordrucke jederzeit unentgeltlich vom Ministerium des Innern beziehen, das ihnen umgehend eine Anzahl davon zufertigen wird. Den Vorrat an solchen Vordrucken, den die Bezirksärzte am 1. nächsten Monats noch besitzen, haben sie an die Polizeibehörde ihres Amtssitzes abzugeben.

Die Bestimmung im Schlußsatze von § 2, wonach keine Frankierung der mit der Post gesandten ärztlichen Anzeigen verlangt wird, bleibt unverändert. Es dürfen jedoch diese Anzeigen nach neuerdings getroffener Entschließung des Reichspostamtes nicht mehr, wie es nach einer früheren Vereinbarung mit den Postbehörden bisher nachgelassen war, als „Portopflichtige Dienstsachen" bezeichnet werden, da sie nicht länger vom Zuschlagporto befreit sein sollen, wenn sie unfrankiert geschickt werden.

Die Polizeibehörde hat alle Anzeigen der Aerzte sofort nach ihrem Eingang an den Bezirksarzt weiterzugeben. Dabei hat sie ihn ebenso wie die Mitteilung der nach § 3 bei ihr eingehenden Anzeigen von den Abwehrmaßregeln zu benachrichtigen, die sie aus Anlaß des Erkrankungs- oder Todesfalles schon selbst getroffen hat oder zu treffen beabsichtigt.

Vorstehende Verordnung ist sofort in den Amtsblättern abzudrucken.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 15. 5. August. 1911.

Rechtsprechung.

Die erforderliche Einwilligung des gesetzlichen Vertreters bei Operationen an Minderjährigen. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 30. Juni 1911.

Die etwa sechzehnjährige Tochter eines Zollaufsehers Th. in Berlin hatte mit Einwilligung ihres Vaters wegen Hysterie den Arzt Dr. Schl. aufgesucht. Dieser erkannte, daß das Leiden des jungen Mädchens, das seiner Meinung nach durch eine Narbe an der Brust nicht unwesentlich beeinflußt wurde, durch Behandlung bei dem Spezialisten Dr. E., der durch Paraffininjektionen schon gute Heilerfolge dieser Art erzielt hatte, behoben oder wesentlich gemindert werden könnte. Die Patientin bekam zunächst eine Morphiumeinspritzung, damit der Arzt dann in der Narkose die Paraffinoperation vornehmen könne; diese glückte aber nicht, sondern erzeugte bei der Kranken Schönheitsfehler, die sie noch mehr als der frühere Zustand störten. Der gesetzliche Vertreter des Mädchens, ihr Vater, klagte deshalb gegen den Spezialisten auf Schadenersatz, indem er geltend machte, mangels seiner Einwilligung, die erforderlich gewesen wäre, liege eine widerrechtliche Handlung seitens des Arztes, eine Körperverletzung seiner Tochter vor, für die der Arzt gemäß § 823 B. G. B. hafte. Das Landgericht und Kammergericht Berlin hatten die Klage für begründet erklärt; der Arzt hafte nicht vertraglich, wohl aber aus unerlaubter Handlung. Eine solche liege stets vor, wenn die Operation ohne die erforderliche Einwilligung des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen vorgenommen werde. Daß die Operation lediglich zu kosmetischen Zwecken vorgenommen worden sei, habe ganz außer Betracht zu bleiben. Der Arzt habe nicht ohne weiteres annehmen können, daß der Vater der Patientin auch in eine Operation habe einwilligen wollen, selbst wenn er seiner Tochter die Ermächtigung erteilt gehabt habe, einen Arzt zu befragen. Offenbar habe der Vater im vorliegenden Falle gar nicht gewußt, daß an seiner Tochter eine Operation in der Narkose vorgenommen werden solle. Dadurch, daß der Arzt sich nicht zuvor überzeugt gehabt habe, ob die Patientin die Ermächtigung ihres Vaters habe, habe er nicht nur fahrlässig, sondern sogar mit dem eventuellen Vorsatze der Widerrechtlichkeit gehandelt. Ob die Patientin selbst in die Operation eingewilligt gehabt habe, sei wegen der gesetzlich geforderten Einwilligung ihres Vaters gleichgültig; auch wenn angenommen werden müsse, daß die Patientin willens gewesen sei, sich von dem Spezialisten behandeln zu lassen; denn sonst wäre sie nicht zu ihm gekommen. Es bleibe dabei aber immer noch zu prüfen, ob sie auch eine Einwilligung zu einem operativen Eingriffe überhaupt habe geben können, da sie durch die Morphiumeinspritzung ihrer freien Willensbestimmung beraubt gewesen sei. Es könne deshalb ganz dahingestellt bleiben, ob der beklagte Arzt die Kranke nicht auch durch Zureden beeinflußt habe, ihre Einwilligung zu geben. Es bleibe deshalb in jedem Falle ein widerrechtlicher Eingriff des Arztes bestehen, für dessen Folgen dieser hafte. Die Revision des beklagten Arztes führte aus, die Beschränkung des Minderjährigen erstrecke sich nicht auf die freie Verfügung über seinen Körper, denn darin könne kein Rechtsgeschäft gesehen werden. Maßgebend für die Frage, ob eine Widerrechtlichkeit des Arztes vorliege, sei der Umstand, ob der Minderjährige in der Lage sei, die Ersprießlichkeit eines ärztlichen Eingriffes selbst zu überschauen. Das Reichsgericht war jedoch auch der Anschauung, daß hier mangels Einwilligung des Vaters ein widerrechtlicher Eingriff des Arztes und eine Körperverletzung vorliege; es wies daher die Revision zurück. (Sächsische Korrespondenz.)

Die Unrichtigkeit eines Gutachtens der Aerztekommission in Lebens-Versicherungssachen macht die auf dessen Grund getroffene Entscheidung nicht zu einer „offenbar unbilligen“ und auf Grund des § 319 des B.G.B. anfechtbaren. Urteil des Reichsgerichts (VII. Z. S.) vom 5. Mai 1911.

Der bei der „Albingia“ gegen Unfall versicherte Gastwirt und Fuhrhalter W. kam am 9. Oktober 1908 beim Pflügen zu Fall, es stellten sich infolge dieses Falles Schmerzen in der Kreuzbeingegend ein, die seine Erwerbsfähigkeit beeinträchtigten. Die Versicherungsgesellschaft erkannte ihre Schadensersatzpflicht an. Ueber die Höhe des Schadens war indessen eine Einigung nicht zu erzielen. Die nach den Versicherungsbedingungen zur Ermittelung der Schadenshöhe berufene Aerztekommission billigte dem W. für Herabminderung seiner Erwerbsfähigkeit während der Zeit vom 9. Oktober 1908 bis 31. Mai 1909 313 Mark 20 Pf. zu, die ihm von der Gesellschaft gezahlt wurden. W. erklärte das Gutachten der Aerzte für offenbar unbillig im Sinne des § 319 des Bürgerlichen Gesetzbuchs und forderte mit der Klage eine jährliche Rente von 383 M. 89 Pf. seit dem 5. Januar 1909. Die Klage wurde in beiden Vorinstanzen und auf die Revision des Klägers W. auch vom Reichsgericht (VII. Z.-S.) aus folgenden Gründen abgewiesen.

Die Revision rügt, der Berufungsrichter habe bei der rechtlichen Beurteilung des Aerztebescheides den Begriff der offenbaren Unbilligkeit im Sinne des § 319 des Bürgerlichen Gesetzbuchs verkannt. Das am 10. März 1910 erstattete Gutachten stelle fest, daß die Untersuchung des Klägers irgendwelche objektiven Krankheitserscheinungen nicht ergeben habe, und folgere aus diesem Befunde, daß der Kläger vom 1. Juni 1909 ab in seiner Erwerbsfähigkeit nicht mehr beeinträchtigt gewesen sei; nun habe aber der Prof. Dr. S. den Kläger am 1. April 1910 mit Röntgenstrahlen durchleuchtet und dabei eine abnormale Knochenwucherung zwischen dem dritten und vierten Lendenwirbel gefunden, welche möglicherweise das Residuum einer Verletzung der Wirbelsäule und der Anlaß der Beschwerden sei, über die der Patient klage; dieses Gutachten werde unterstützt durch die Atteste der Aerzte Dr. Fl. vom 10. Dezember 1909 und Dr. F. vom 24. März 1910. Der Kläger habe sich auf das Gutachten dieser drei Sachverständigen berufen zum Beweise dafür, daß seine Erwerbsfähigkeit auch über die Zeit vom 31. Mai 1909 hinaus dauernd auf die Hälfte herabgemindert, daß mithin der angegriffene Aerztebescheid völlig unzutreffend sei; seine Unrichtigkeit schließe aber seine offenbare Unbilligkeit in sich, weil die Untersuchung einer Wirbelsäulenverletzung ohne Röntgenapparat einen Kunstfehler darstelle. Die Rüge ist nicht begründet. Wie das Reichsgericht schon mehrfach ausgesprochen hat, bedeutet die Unrichtigkeit des Bescheides noch nicht dessen offenbare Unbilligkeit; letztere kann vielmehr erst dann festgestellt werden, wenn die Entscheidung dem sachverständigen Beurteiler, der sich in die Zeit vor deren Abgabe zurückversetzt, ohne weiteres als verfehlt erscheinen muß. Von diesen Gesichtspunkten durfte der Berufungsrichter das bemängelte Aerztegutachten ohne Rechtsirrtum vor dem Vorwurf der offenen Unbilligkeit in Schutz nehmen. Die drei vom Kläger vorgelegten ärztlichen Atteste ergeben, wie der Berufungsrichter einwandfrei feststellt, nicht einmal die Unrichtigkeit des angegriffenen Aerztebescheides; aber selbst wenn das beantragte Sachverständigengutachten erweisen sollte, daß die Aerztekommission zu falschen Ergebnissen gelangt sei, weil sie eine Untersuchungsmethode außer acht gelassen habe, die nach den jeweiligen Anschauungen der Wissenschaft als die zuverlässigste galt, so würde dadurch nach dem Gesagten noch nicht der Nachweis erbracht sein, daß der irrige Bescheid ein offenbar unbilliger ist.

(Sächsische Korrespondenz.)

Bestrafung eines Kurpfuschers wegen fahrlässiger Körperverletzung infolge Unterlassung der rechtzeitigen Zuziehung eines Arztes. Urteil des Reichsgerichts (IV. Str.-S.) vom 20. Juni 1911.

Der Vertreter der Naturheilkunde Sch. zu Freiburg i. S. hatte die Behandlung einer Frau, die an Gebärmutterblutungen litt, übernommen. Die Frau starb nach einigen Tagen an Verblutung. Dem Naturheilkundigen wurde nun zur Last gelegt, den Tod der Patientin dadurch verschuldet zu haben, [illegible]ß er sie, trotzdem, wie er wußte, eine Operation die einzige Rettung war,

nach der operationslosen Methode durch Leibumschläge etc. behandelt habe; er habe die weitere Behandlung ablehnen und sie nachdrücklich an einen Frauenarzt verweisen müssen. Daß er dies nicht getan habe, sei ihm als Fahrlässigkeit zuzurechnen. Das Landgericht in Fr. erachtete es für festgestellt, daß die Frau zur Zeit, als sie sich in Sch. Behandlung begab, noch nicht verloren war; es verurteilte diesen deshalb wegen fahrlässiger Tötung zu Gefängnis. In seiner beim Reichsgericht eingelegten Revision führte Sch. insbesondere aus, daß es sich im vorliegenden Falle um den Widerstreit zwischen der operationslosen Heilmethode und der Richtung, welche die Anwendung einer Operation befürworte, handele. Daraus, daß er nach ersterer Methode habe heilen wollen, könne ihm ein Verschulden nicht konstruiert werden; das Verhalten der Frau selbst, die die Behandlung durch einen Arzt entschieden abgelehnt und ihm mehrfache Blutungen verschwiegen habe, sei vielmehr Ursache des Todes. Auch ihr Ehemann habe ihm unrichtige Auskunft gegeben und somit Grund zum Tode seiner Frau gelegt. Auch lasse das Urteil mehrfach Widersprüche erkennen. — Der höchste Gerichtshof verwarf jedoch das Rechtsmittel. Die Teilnahme des Ehemannes an der fahrlässigen Tötung sei ausdrücklich vom Vorderrichter verneint worden. Darin, daß Sch. die Behandlung der Frau übernommen und ihr nicht nachdrücklich ärztliche Behandlung anempfohlen habe, liege sein Verschulden. (Sächs. Korrespondenz.

Kurpfuschereibetrug. Urteil des Reichsgerichts (III. Str.-S.) vom 11. Mai 1911.

Der Chemiker H. in A. hatte sich in einer Seifenzeitung zur rationellen Nervenbehandlung erboten und an die Besteller ein wertloses Pulver gegen Nachnahme von 6,40 M. versandt. Das Schöffengericht war zu einem Freispruch gekommen, da dem Beklagten das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit gefehlt habe. Später wurde H. jedoch vom Schöffengericht Magdeburg wegen unlauteren Wettbewerbs und vom Landgericht Altona wegen Betrugs zu längeren Gefängnisstrafen verurteilt, da das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit seines Handelns nunmehr als vorliegend erachtet wurde. H. ließ sich aber durch seine Bestrafungen nicht abhalten, weiter in den verschiedensten Zeitungen Annoncen zu erlassen, in denen er ankündigte, daß er „Nervenschwäche, Schwindel, Rheumatismus etc. auf Grund 30jähriger Erfahrungen ohne Berufsstörung in kürzester Zeit beseitige.“ Interessenten erhielten auf ihre Bestellung hin für teilweise recht hohe Beträge aus Magnesium, Kohlensäure, Schwefelsäure, Rhabarber etc. bestehende Medikamente zugesandt, die nur einen Wert von 20—30 Pfg. hatten und denen eine Heilwirkung nicht zuzusprechen war. Eine Fernbehandlung von Rheumatismus z. B., wie sie H. den Patienten angedeihen ließ, hatte nach Sachverständigenaussagen einen Wert ebenfalls nicht, sodaß sein Einwand, daß der Wert der gesamten Behandlung bei den versandten Medikamenten mitzurechnen sei, vom Gericht als unerheblich abgelehnt werden konnte. H. wurde deshalb vom Landgericht Altona wegen sogen. Kurpfuschereibetrugs in 6 Fällen im wiederholten Rückfalle zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt, da dargetan erschien, daß die Patienten die Mittel nicht bestellt haben würden, wenn sie ihre Wertlosigkeit gekannt hätten; durch seine Manipulationen seien sie folglich in ihrem Vermögen beschädigt worden. Die von dem Verurteilten beim Reichsgericht eingelegte Revision, in der er insbesondere rügte, daß die Behandlung von Leiden seitens der Aerzte auch nur in Erteilung von Anweisungen und Ratschlägen und Verabreichung von Medikamenten bestehe, und daß ferner die in Magdeburg bestraften Handlungen mit der jetzt zur Aburteilung stehenden Fällen eine fortgesetzte Handlung bildeten, wurde als unbegründet verworfen. Kurpfuschereibetrug sei vom Vorderrichter ohne Rechtsirrtum festgestellt. Auch Medizinalpersonen würden gleichfalls wegen Betrugs bestraft, wenn sie wertlose Mittel für solche unangemessene Preise ihren Patienten verabreichten. Der Annahme von sechs selbständigen Handlungen aus dem Grunde, daß die einzelnen Betrugsfälle gegen 6 verschiedene Personen, und zwar mit Verschiedenheiten in der Begehungsform, verübt worden seien, könne nicht widersprochen werden. Ein dem Gericht untergelaufener Irrtum bei der Strafzumessung sei lediglich zu Gunsten des Angeklagten erfolgt und könne ihn nicht beschweren. (Sächs. Korrespondenz.)

Anpreisung wertloser Heilmittel (Syphilistropfen) durch einen Drogisten als unlauterer Wettbewerb und Betrug. Urteil des Reichsgerichts (II. Str.-S.) vom 19. Mai 1911.

Der Drogist H. in B. pries in verschiedenen Zeitungen ein billiges Heilmittel gegen Syphilis — „Syphilistropfen" — an. Da es sich um einen verdünnten Wachholderextrakt handelte, der als Heilmittel wirkungslos war, wurde Klage gegen H. beim Landgericht Berlin I wegen Vergehens gegen das Gesetz betr. den unlauteren Wettbewerb erhoben und er verurteilt, da er schuldig sei, in der Absicht, den Anschein eines besonders günstigen Angebots hervorzurufen, wissentlich unwahre Angaben über die Beschaffenheit von Waren gemacht zu haben. Gleichzeitig habe sich H., durch den Verkauf von drei Flaschen dieser Tropfen an einen Kunden des Betruges schuldig gemacht, da das Mittel diesem keine Linderung seines Leidens gebracht habe und er bekundete, daß er die Tropfen nicht gekauft haben würde, wenn er über deren wirkliche Beschaffenheit nicht getäuscht worden wäre. Das Gericht erkannte auf zwei Monate Gefängnis. H. legte Revision beim Reichsgericht ein und rügte, die Auffassung des Vorderrichters, schon die Bezeichnung des Extrakts als „Syphilistropfen" sei die Anpreisung eines Heilmittels, sei rechtsirrtümlich. Auch bei anderen Erzeugnissen, wie z. B. „Choleratropfen" liege eine ganz andere Benennung vor, während das Mittel selbst nur ähnliche Krankheitserscheinungen bekämpfen wolle. Durch die Namensnennung allein könne der Tatbestand des Wettbewerbsgesetzes nicht erfüllt werden. Der Begriff der „Beschaffenheit" einer Ware sei mithin verkannt. Der höchste Gerichtshof verwarf indessen das Rechtsmittel als unbegründet. Zur Beschaffenheit einer Ware gehöre auch deren Brauchbarkeit. Der Anschein eines besonders günstigen Angebotes sei, wenn auch nicht mit besonderen Worten, durch den Hinweis auf die kostspielige ärztliche Behandlung hervorgerufen worden. Da außerdem durch den Erlaß des Bundesrats vom 21. Oktober 1901 der Verkauf derartiger Heilmittel den Drogisten verboten sei, sei auch durch die Inserate der Anschein erweckt worden, als ob H. eine besondere Stellung gegenüber seiner Konkurrenz einnähme. Auch die Verurteilung wegen Betruges gäbe keinen Anlaß zu Beanstandungen. Die Vermögensbeschädigung des Käufers sei ausreichend festgestellt: Eine Linderung seines Leidens sei objektiv nicht eingetreten. Der Kunde habe etwas bekommen, was für ihn nicht verwendbar gewesen sei.

(Sächsische Korrespondenz.)

Bestrafung eines Hausbesitzers wegen fahrlässiger Tötung durch Hineinfallen eines Kindes in eine nicht genügend abgedeckte Abortgrube (Abdeckung war schadhaft). Urteil des Reichsgerichts (V. Str.-S.) vom 21. April 1911. (Sächs. Korrespondenz.)

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Stempelpflicht der amtsärztlichen Zeugnisse zur Führung von Kraftfahrzeugen. Erlaß des Finanzministers vom 24. Juni 1911 — Nr. III 10311 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach dem allgemeinen Erlaß vom 12. November 1910, III 20928, (Zentralblatt S. 502) unterliegen die amtsärztlichen Zeugnisse, die dem Antrage auf Erteilung der Erlaubnis zum Führen eines Kraftfahrzeuges nach der Anlage B I, Nr. 3 der Verordnung des Bundesrats, betreffend die Regelung des Verkehrs mit Kraftfahrzeugen vom 3. Februar 1910 beizufügen sind, dem Zeugnisstempel von 3 Mark. Diese Zeugnisse können, wie in dem Erlaß ausgeführt ist, als stempelfreie Vorzeugnisse im Sinne der Befreiungsvorschrift des Abs. 3a der Tarifstelle 77 des Stempelsteuergesetzes vom 30. Juni 1909 nicht angesehen werden, weil nach der vorerwähnten Anlage B VI Abs. 2 der Führerschein nicht auf Grund des ärztlichen Zeugnisses, sondern auf Grund des Berichts des Sachverständigen ausgefertigt wird, daß der Prüfling die Prüfung bestanden hat.

Ich habe Anlaß, darauf hinzuweisen, daß der Erlaß vom 12. November 1910 auf diejenigen amtsärztlichen Zeugnisse keine Anwendung findet, die den

Anträgen auf Erteilung von Führerscheinen an Stelle der nach den bisherigen Vorschriften ausgestellten Führerscheine beizufügen sind. In diesen Fällen bedarf es nach § 40 der Verordnung vom 3. Februar 1910 und der Nr. VII Abs. 1 der Anlage B dieser Verordnung der Ablegung einer Prüfung nicht, so daß die Ausstellung des neuen Führerscheines nicht auf Grund eines Prüfungsberichts, sondern unmittelbar auf Grund des amtsärztlichen Zeugnisses erfolgt. Diese amtsärztlichen Zeugnisse sind daher als Vorzeugnisse stempelfrei. Etwa zu solchen Zeugnissen verwendete Stempel sind auf Antrag zu erstatten.

Schutzimpfung der ausländischen Arbeiter. Erlaß des Ministers des Innern vom 12. Juni 1911 — M. 11025 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Mit Rücksicht auf den Stand der Pockenerkrankungen im Auslande, insbesondere in Rußland, und die dadurch bedingte Einschleppungsgefahr muß ich entscheidenden Wert darauf legen, daß die ausländischen, besonders die ausländisch-polnischen Arbeiter, bei denen die Schutzimpfung gelegentlich ihrer Einwanderung unterblieben ist, dieser Impfung in jedem Falle nachträglich unverzüglich unterworfen werden. Hiervon kann nur dann abgesehen werden, wenn die Betreffenden glaubhaft nachweisen, daß sie die Pocken überstanden haben oder durch Impfung hinreichend geschützt sind.

Vorschriften über Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen. **Erlaß der Minister des Innern, der öffentlichen Arbeiten u. für Handel und Gewerbe vom 8. Juli 1911 — M. Nr. 5013, M. d. ö. A. III. B. 4. 934, M. f. H. pp. III, 4735 — an die Herren Oberpräsidenten.**

Auf Grund der infolge der Erlasse vom 8. Juli 1907 — M. 6521 —, vom 14. August 1908 — M. 7456 und vom 22. Oktober 1910 — M. 5274 — erstatteten Berichte sind nunmehr die neuen Vorschriften aufgestellt worden, die künftig für Anlage, Bau und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen maßgebend sein sollen.

Ew. pp. übersenden wir 10 Abdrücke des Entwurfes zu diesen Vorschriften mit dem Ersuchen ergebenst, die Zustimmung des Provinzialrats zu einer sich an den Wortlaut dieses Entwurfes anschließenden Polizeiverordnung herbeizuführen, die Verordnung sodann für den Bereich der dortigen Provinz gefälligst bald zu erlassen und mir, dem Minister des Innern, 3 Exemplare der Polizeiverordnung einzureichen.

Im Hinblick auf die große Bedeutung, welche der Schaffung ordnungsmäßiger und der öffentlichen Gesundheitspflege genügend Rechnung tragender Kranken- pp. Anstalten innewohnt, wollen Ew. pp. ferner die Regierungspräsidenten veranlassen, den Ortspolizeibehörden aufzugeben, daß sie die Genehmigung zum Neubau, Umbau oder zur Erweiterung einer nicht unter § 30 der Gewerbeordnung fallenden Anstalt nicht früher erteilen, als bis sie hierzu die Zustimmung des Regierungspräsidenten erhalten haben.

Zugleich erlasse ich, der Minister des Innern, die in der Anlage bezeichneten Vorschriften als allgemeine Anordnung im Sinne des § 115 Abs. 3 des Zuständigkeitsgesetzes zur Nachachtung bei der Konzessionierung der Privat-Kranken-, Privat-Entbindungs- und Privat-Irrenanstalten.

Ich ersuche die Regierungspräsidenten zu beauftragen, daß sie den Bezirksausschuß entsprechend benachrichtigen.

Vorschriften über Anlage, Bau- und Einrichtung von Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, sowie von Entbindungsanstalten und Säuglingsheimen.

§ 1. Größere Krankenanstalten im Sinne der nachstehenden Vorschriften sind Anstalten mit mehr als 50 Betten, kleinere Anstalten solche mit 50 Betten und darunter.

Allgemeine Vorschriften.

§ 2. 1. Die Krankenanstalt muß frei und entfernt von Betrieben liegen, die geeignet sind, den Zweck der Anstalt zu beeinträchtigen. Der Bauplatz

muß wenigstens 100 qm für das Bett groß, der Baugrund in gesundheitlicher Beziehung einwandfrei sein.

2. Die Frontwände derjenigen Krankenräume, die zum dauernden Aufenthalt von Kranken bestimmt sind, müssen von anderen Gebäuden mindestens 20 m, die übrigen wenigstens 10 m entfernt sein.

3. Vor den Fenstern der Krankenzimmer muß mindestens ein solcher Freiraum verbleiben, daß die Umfassungswände und Dächer der gegenüberliegenden Gebäude nicht über eine Luftlinie hinausgehen, die von dem Berührungspunkt der Frontwand mit dem Fußboden der Krankenzimmer aus unter einem Neigungswinkel von 30° zu der verlängerten Fußbodenlinie gezogen wird.

4. Die Anlage von rings durch Gebäude umschlossenen Höfen ist im allgemeinen unzulässig.

5. Jedes Stockwerk, das für mehr als 30 Betten bestimmt ist, muß zwei Treppen mit Ausgängen ins Freie haben.

6. Bei größeren Krankenanstalten muß für die Aufnahme von Kranken eine Beobachtungsabteilung mit besonderem Eingang von außen vorhanden sein.

§ 3. 1. Flure und Gänge müssen mindestens 1,8 m breit, gut belichtet, lüft- und heizbar sein.

2. Gänge, an denen Krankenräume liegen, sind einseitig anzulegen. Jedoch können an der den Krankenräumen gegenüber liegenden Seite Nebenräume (Anrichteküche, Bade-, Aborträume, Zimmer für Pflegepersonal usw.) bis zur Hälfte der Länge des Ganges angebracht werden.

§ 4. 1. Die für Kranke bestimmten Räume müssen in der ganzen Grundfläche gegen das Eindringen von Bodenfeuchtigkeit gesichert sein.

2. Räume, deren Fußboden nicht mindestens 30 cm über der anschließenden Erdoberfläche liegt, dürfen mit Kranken nicht belegt werden.

3. Krankenzimmer, die das Tageslicht nur von einer Seite erhalten, dürfen nicht nach Norden liegen.

4. Die Wände in allen Krankenzimmern sollen glatt, in Operations- und Entbindungszimmern, sowie in solchen Räumen, in denen Personen mit übertragbaren Krankheiten untergebracht werden, abwaschbar und mit ausgerundeten Ecken hergestellt sein.

5. Die Türen und Fenster sollen mit einfacher, abgerundeter Profilierung sowie abwaschbar hergerichtet sein.

§ 5. 1. Die Haupttreppen sollen in Anstalten über 20 Betten feuerfest, d. h. aus Beton oder aus Kunststein mit Eiseneinlage unter Ausschluß von Naturstein hergestellt und in allen Geschossen einschließlich des Dachgeschosses mit massiven Wänden umgeben werden. Für Anstalten bis zu 20 Betten genügen Treppen aus Holz mit unterseitigem Verputz, aus unverputztem Eichenholz oder aus Eisen und zu ihrer Umschließung Wände aus beiderseits verputztem Fachwerk, aus Zement, Gips, Kunststeinplatten, Rabitzmasse und dergleichen.

2. Die Haupttreppen sollen ohne Wendelstufen und mit geraden, ihnen an Breite gleichen Podesten angelegt und mindestens 1,3 m breit sein, die Stufen sollen mindestens 30 cm Auftrittsbreite und höchstens 17 cm Steigung haben. Die Treppenhäuser müssen Licht und Luft unmittelbar von außen erhalten.

3. Die Fußböden aller von Kranken benutzten Räume sind möglichst wasserdicht und so herzustellen, daß die Kranken vor Abkühlung geschützt sind.

§ 6. 1. Die Krankenzimmer, alle von den Kranken benutzten Nebenräume, Anrichteküchen, Flure, Gänge und Treppenhäuser müssen mit Fenstern versehen werden, die unmittelbar ins Freie führen, die Fensterfläche soll in mehrbettigen Krankenzimmern mindestens $^1/_7$ der Bodenfläche, in einbettigen Zimmern (Einzelzimmern) mindestens 2 qm betragen.

2. Für Räume, in denen Kranke mit übertragbaren Krankheiten oder bettlägerige Sieche untergebracht werden, kann eine größere Fensterfläche vorgeschrieben werden.

3. Die Fenster müssen mit geeigneten Einrichtungen zum Schutz gegen Sonnenstrahlen versehen sein.

§ 7. 1. Bei bettlägerigen Kranken muß in mehrbettigen Zimmern für jedes Bett ein Luftraum von wenigstens 30 cbm bei 7,5 qm Bodenfläche und in einbettigen Zimmern ein Luftraum von wenigstens 40 cbm bei 10 qm Boden-

fläche vorhanden sein; bei Kindern unter 14 Jahren genügt in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 20 cbm bei 5 qm Bodenfläche für jedes Bett.

2. Bei Kranken, die nicht bettlägerig sind, genügt in mehrbettigen Zimmern ein Luftraum von 24 cbm, bei Kindern unter 14 Jahren ein Luftraum von 15 cbm, wenn ausreichende Tageräume von mindestens 2 qm Bodenfläche für den Kranken vorhanden sind.

3. Mehr als 30 Betten dürfen in einem Krankenraum nicht aufgestellt werden.

§ 8. 1. In jeder Krankenanstalt muß für jede Abteilung oder für jedes Geschoß mindestens ein geeigneter, mit der Hauptfensterseite nicht nach Norden gelegener Tageraum für zeitweise nicht bettlägerige, in gemeinsamer Pflege befindliche Kranke eingerichtet werden, dessen Größe auf mindestens 2 qm für jeden Kranken, mindestens aber auf 20 qm zu bemessen ist. Veranden, die geschlossen und ausreichend erwärmt werden können, sind als Tageräume anzusehen.

2. Außerdem muß ein mit Gartenanlagen versehener Erholungsplatz von angemessener Größe, in der Regel von 10 qm Fläche für jedes Krankenbett vorgesehen werden.

§ 9. 1. Alle Krankenzimmer und von Kranken benutzten Räume müssen in einwandfreier Weise zu heizen, zu lüften und zu beleuchten sein.

2. Die Fenster der von den Kranken benutzten Räume, der Flure, Gänge und Treppen sollen leicht zu öffnen und mit Lüftungseinrichtungen versehen sein.

3. Für alle von Kranken benutzten Räume, Flure und Gänge muß eine ausreichende Erwärmung vorgesehen sein. Hierbei ist der Belästigung durch strahlende Wärme vorzubeugen, Staubentwickelung von der Heizeinrichtung aus und Ueberhitzung der Luft an den Heizflächen zu vermeiden, jede Beimengung von Rauchgasen auszuschließen.

§ 10. Für jedes Krankenbett müssen täglich wenigstens 200 l gesundheitlich einwandfreies Wasser geliefert werden können.

§ 11. 1. Die Entwässerung und die Entfernung der Abfallstoffe muß in gesundheitlich unschädlicher Weise erfolgen.

2. Auswurfs- und Abfallstoffe, von denen anzunehmen ist, daß sie Krankheitserreger enthalten, müssen sofort unschädlich gemacht werden.

§ 12. 1. Die Aborträume sind in ausreichendem Umfang mit wenigstens einem Abort für je 15 Betten der Männer- und je einem für 10 Betten der Frauenabteilung in der erforderlichen Ausstattung und von den Krankenzimmern genügend getrennt anzulegen. Der Abort ist mit einem Vorraum zu versehen, der wie der Abort selbst mindestens ein ins Freie führendes Fenster haben muß, ausreichend hell, ständig gelüftet und heizbar sein soll. Für Männer sind Pissoire in einem besonderen Abteil des Abortraumes anzubringen.

2. Für das Pflegepersonal sind besondere, von denjenigen für die Kranken getrennte, Aborträume anzubringen.

§ 13. 1. In jeder Krankenanstalt müssen geeignete Räume und Einrichtungen für Vollbäder vorhanden sein.

2. In größeren Anstalten sollen mindestens ein Raum mit der erforderlichen Einrichtung zu Vollbädern für die Aufnahme und Reinigung, einer für ansteckende Kranke und einer für das Pflegepersonal auf jeder Abteilung vorhanden sein, ebenso eine transportable Wanne.

§ 14. 1. In jeder Krankenanstalt sind je ein Raum für ärztliche Untersuchungen, ein Raum zum Abstellen und Erwärmen der Speisen mit den erforderlichen Wärmevorrichtungen und ein Raum für die Darreichung der „Ersten Hilfe“, der zugleich als Behandlungszimmer dienen kann, ferner Einzelzimmer vorzusehen, in denen Kranke, deren Absonderung unbeschadet des § 19 erforderlich wird, untergebracht werden können.

2. Bei größeren Krankenanstalten müssen derartige Räume in einer den Abteilungen entsprechenden Zahl vorhanden sein.

§ 15. In Krankenanstalten, in denen Operationen ausgeführt zu werden pflegen, sind in der erforderlichen Weise ausgestattete Operationszimmer einzurichten, die auch die Vornahme aseptischer Operationen gestatten.

§ 16. Die Wirtschaftsräume sind so anzulegen, daß Dünste oder Ge-

räusche aus ihnen nicht in die Krankenräume dringen können. Bei größeren Krankenanstalten sind die Wirtschaftsräume in einem besonderen Gebäude oder Gebäudeteil unterzubringen.

§ 17. 1. Jede Krankenanstalt muß eine ausschließlich für deren Insassen bestimmte Waschküche haben. Infizierte Wäsche darf ohne vorherige Desinfektion nicht gereinigt werden.

2. Für jede Krankenanstalt ist in einem ausreichend abgesonderten Gebäude oder Gebäudeteile eine geeignete Desinfektionseinrichtung vorzusehen, sofern nicht am Orte eine öffentliche Desinfektionsanstalt zur Verfügung steht.

3. Zur Unterbringung von Leichen ist in jeder Krankenanstalt ein besonderer Raum in erforderlicher Weise einzurichten und auszustatten, der nur diesem Zwecke dient und dem Anblick der Kranken möglichst entzogen ist. Für größere Anstalten ist ein besonderes Leichenhaus mit einem Raum für die Vornahme von Leichenöffnungen erforderlich.

4. Waschküche, Leichenhaus und Desinfektionshaus dürfen unter einem Dach angeordnet werden, wenn die Anlage durch eine massive Wand vollständig getrennt worden. Dagegen darf die reine Seite der Desinfektionseinrichtung mit der Waschküche in Verbindung stehen.

§ 18. In allen Krankenanstalten müssen männliche und weibliche Kranke, abgesehen von Kindern bis zu 10 Jahren, in getrennten Abteilungen untergebracht werden.

§ 19. Für Kranke, die an übertragbaren Krankheiten leiden, sind die erforderlichen Absonderungsräume nebst Abort und Baderaum entweder in einem besonderen Gebäude oder in einer abgesonderten Abteilung mit besonderem Eingang von außen, bei Obergeschossen, wenn möglich auch mit besonderer Treppe von außen vorzusehen.

II. Vorschriften über besondere Anstalten.

a) Anstalten für Geisteskranke, Epileptische und Schwachsinnige.

§ 20. Abteilungen und Räume für dauernd oder zeitweise auch am Tage bettlägerige, ferner für erregte oder unruhige oder einer besonderen Pflege bedürftige, für hilflose oder unsaubere Kranke (Aufnahmehäuser, Wachsäle, Lazarette, Siechenabteilungen, Säle für Bettruhe, Stationen für Unsaubere usw.) fallen unter die Bestimmungen der §§ 1—19. Doch sind Abweichungen von den Vorschriften in den Fällen zulässig, wo durch ihre Befolgung eine sichere Bewahrung der Kranken oder die Uebersichtlichkeit der Räume verhindert wird. Dies gilt im besonderen von den Vorschriften des § 3 Abs. 2, § 4 Abs. 3, § 9 Abs. 2, § 12 und § 13 Abs. 2. Auf genügende Belichtung und Heizung, namentlich aber auf sorgfältige Entlüftung ist in diesen Ausnahmefällen besonders zu achten.

§ 21. 1. Für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fern bleiben, körperlich rüstig, nicht störend und völlig sauber sind, ist, genügend Lüftung und Belichtung vorausgesetzt, eine Verminderung des Luftraumes in den Schlafräumen auf 20 cbm und der Grundfläche im Tagesraum auf etwa 3 qm für den Kranken zulässig (§ 7 und 8). Auch kann in bezug auf die Größe der Fensterfläche (§ 6) Dispens gewährt werden.

2. Die im § 20 aufgeführten Abweichungen von den allgemeinen Vorschriften finden auch für diese Art Kranken sinngemäße Anwendung.

3. Arbeitsräume für diese Kranken können auch in hellen, trockenen und luftigen Kellerräumen untergebracht werden.

§ 22. Bei allen nicht unter den § 20 fallenden Abteilungen, besonders bei kolonialen Gebäuden, Landhäusern und Villen für ruhige, körperlich rüstige und regelmäßig beschäftigte Kranke bleiben die Vorschriften der §§ 2—19 außer Anwendung. Heizung, Lüftung, Belichtung, Wasserversorgung und Beseitigung der Abfälle müssen jedoch sowohl für die eigentlichen Krankenräume, als auch für die Beschäftigungsräume, Arbeitsstätten und Nebengelasse ausreichend und derart eingerichtet werden, daß jede ungünstige Einwirkung auf die Gesundheit ausgeschlossen bleibt.

§ 23. Die Vorschriften des § 22 gelten auch für Nervenheilanstalten, Nervenheilstätten, für Erholungsheime für Nervenkranke, Anstalten für Alkoholkranke und ähnliche Anlagen. In

jeder Nervenheilanstalt pp. müssen jedoch Räume für dauernd bettlägerige, körperlich hilflose und geschwächte Kranke zur Verfügung stehen, für welche die Vorschriften des § 20 gelten.

§ 24. Bei allen in den §§ 22 und 23 erwähnten Anstalten und Abteilungen sind ausreichende Badeeinrichtungen, die Möglichkeit der Beschäftigung und eine genügende Fläche zur Bewegung im Freien vorzusehen.

§ 25. In den Anstalten für Geisteskranke, Epileptische oder Schwachsinnige (§§ 20—23) bis zu 20 Betten muß wenigstens ein passend gelegener und eingerichteter Raum von 40 cbm Luftraum für die Absonderung von Kranken vorhanden sein; in Anstalten von 21 bis 50 Betten sind wenigstens zwei solche Räume vorzusehen.

In größeren Anstalten dieser Art sind entsprechend erweiterte Anlagen, namentlich auch zur Absonderung von Personen mit übertragbaren Krankheiten einzurichten.

b) Lungenheilstätten.

§ 26. Lungenheilstätten und Abteilungen für Lungenkranke in allgemeinen Krankenanstalten fallen unter die Vorschriften der §§ 1—19. In solchen Anstalten und Abteilungen sind Gesellschafts- und Beschäftigungsräume, ferner überdachte Einrichtungen für die Liegekur im Freien in einer der Größe der Anstalt oder Abteilung entsprechenden Art und Zahl vorzusehen. Auf die in § 8 Abs. 1 vorgeschriebenen Tageräume können diese Räume und Einrichtungen in Anrechnung gebracht werden.

§ 27. Für Kranke, die am Tage den Schlafräumen ganz fern bleiben, ist, genügende Lüftung, Belichtung und das Vorhandensein ausreichender Tagesräume vorausgesetzt, eine Verminderung des Luftraumes in den Schlafzimmern für mehrere Kranke auf 20 cbm, bei Kindern unter 14 Jahren auf 12 cbm zulässig.

§ 28. Für Erholungsstätten, Walderholungsstätten, Heime für Ferienkolonisten und ähnliche Anstalten gelten die Vorschriften der §§ 22 bis 25.

c) Entbindungsanstalten und Säuglingsheime.

§ 29. In Entbindungsanstalten, Wöchnerinnenasylen, Wöchnerinnen- und Säuglingsheimen und ähnlichen Anstalten oder Abteilungen dieser Art in allgemeinen Krankenanstalten gelten für diejenigen Räume, in denen Kreißende, Wöchnerinnen und erkrankte Pfleglinge untergebracht werden, die Bestimmungen der §§ 1—19 mit der Maßgabe, daß für je eine Wöchnerin mit ihrem Kind in Zimmern für mehrere Wöchnerinnen wenigstens 35 cbm und in Zimmern für nur eine Wöchnerin mit Kind wenigstens 45 cbm in Ansatz zu bringen sind.

§ 30. In Entbindungsanstalten mit mehr als 4 Betten ist ein besonderes Entbindungszimmer mit der nötigen Einrichtung vorzusehen. In Entbindungsanstalten, die auch frauenärztlichen Zwecken dienen und nicht mehr als 10 Betten haben, kann das Entbindungszimmer zugleich als Operationszimmer benutzt werden.

§ 31. Für die übrigen Räume, namentlich für diejenigen der Schwangeren, gelten die Bestimmungen des § 22.

§ 32. 1. In den Räumen für Säuglinge soll auf ein Säuglingsbett wenigstens ein Luftraum von 12 cbm entfallen.

2. Für erkrankte Säuglinge muß auf ein Säuglingsbett wenigstens ein Luftraum von 20 cbm entfallen.

d) Sonstige Bestimmungen.

§ 33. In besonders gearteten Fällen kann bei Anstalten für bestimmte Kranke, z. B. bei den Augenheilanstalten, von den Vorschriften des § 17 abgesehen werden.

§ 34. Für die Krüppelheilanstalten, Heime und orthopädische Anstalten gelten sinngemäß die Vorschriften der §§ 22—25.

§ 35. Von den Bestimmungen des § 2 Abs. 1—5, § 4 Abs. 2, § 6, § 8 Abs. 2 und § 12 Abs. 2 kann der Regierungspräsident, im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident von Berlin, für die Provinzialanstalten der Ober-

präsident, Ausnahmen zulassen. Diese Behörden sind auch zur Genehmigung von Abweichungen nach den Vorschriften der §§ 20 und 33 befugt.

§ 36. 1. Auf Erweiterungsbauten finden die vorstehenden Vorschriften gleichmäßige Anwendung.

2. Bei Umbauten von Anstalten, die den vorstehenden Vorschriften nicht entsprechen, können noch weitergehende Dispense, als im § 35 vorgesehen sind, erteilt werden.

§ 37. Die Vorschriften der Baupolizeiverordnungen bleiben insoweit in Kraft, als sie nicht durch die vorstehenden Bestimmungen verschärft werden.

§ 38. Zuwiderhandlungen gegen diese Polizeiverordnung werden, sofern nach den bestehenden Gesetzen keine höhere Strafe verwirkt ist, mit Geldstrafe bis zu 60 M. oder mit entsprechender Haftstrafe geahndet.

Daneben bleibt die Polizeibehörde befugt, die Herstellung vorschriftsmäßiger Zustände herbeizuführen.

Körperliche Untersuchungen der Schulkinder durch Schulärzte. Erlaß des Ministers der usw. Medizinalangelegenheiten vom 6. Januar 1911 — U III A 1574 M. 513 II. — an die Königliche Regierung zu N.

Mit dem von der Königlichen Regierung beabsichtigten Vorgehen erkläre ich mich einverstanden. Es würden die folgenden Anordnungen zu treffen sein:

1. Die Untersuchung von Schulkindern, namentlich solche am entblößten Körper, darf nur erfolgen, wenn kein Widerspruch der Eltern erfolgt. Im allgemeinen wird die Entblößung von Rücken und Brust hierbei ausreichend sein.

2. Bei der Untersuchung der Mädchen soll niemals ein Lehrer, sondern stets eine Lehrerin die Aufsicht führen. Wo eine Lehrerin nicht vorhanden ist, muß eine andere geeignete weibliche Person (Handarbeitslehrerin, Frau des Lehrers) zur Aufsicht herangezogen werden.

3. Die Untersuchung der Kinder hat einzeln zu erfolgen. Steht ein besonderer Raum hierzu nicht zur Verfügung, so ist eine Vorrichtung (spanische Wand, Bettschirm) anzubringen, welche die entkleideten Kinder den Blicken der anderen entzieht.

Zu dem Fragebogen bemerke ich noch, daß eine einmalige gründliche Untersuchung in jedem Jahre ausreichend erscheint.

Erteilung der Konzession zur Fortführung einer Apotheke an einen noch nicht approbierten Kandidaten der Pharmazie. Erlaß des Ministers des Innern vom 26. Juni 1911 — M. 6581 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach Titel I § 3 der Revidierten Apothekerordnung vom 11. Oktober 1801 konnte der Kandidat der Pharmazie Bernhard A. die Apotheke in S. jederzeit erwerben und, ohne daß zugleich eine Neuregelung der Konzessionsfrage zu erfolgen brauchte, zunächst durch einen approbierten Apotheker verwalten lassen. Er hatte dann in längstens 18 Monaten dafür zu sorgen, daß die Apotheke einen zum selbständigen Betriebe befähigten (d. h. als Apotheker approbierten) Besitzer erhielt, wobei ihm unbenommen blieb, nach erlangter Approbation als Apotheker sich selbst für die Erteilung der Konzession in Vorschlag zu bringen. Ihm, wie geschehen, die Konzession zur Fortführung der Apotheke schon vor erlangter Approbation zu erteilen, war im Hinblick auf § 1 der Rev. Ap.-O. vom 11. Oktober 1801 und § 29 der Reichsgewerbeordnung nicht zulässig.

Ständige Beschäftigung mit der Chemie seitens der Studierenden der Pharmazie. Erlaß des Ministers des Innern vom 30. Juni 1911 — M. 18410 — an die Herren Vorsitzenden der Pharmazeutischen Prüfungskommissionen.

Einer Anregung des Herrn Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) entsprechend, ersuche ich Ew. pp. mit Bezug auf § 17 Abs. 4 Ziff. 2 der Prüfungsordnung für Apotheker vom 18. Mai 1904, gefälligst darauf hinzuwirken, daß die Studierenden der Pharmazie an der dortigen Universität bei Beginn ihres Studiums dahin belehrt werden, daß die ständige Beschäftigung mit der Chemie während sämtlicher Studienhalbjahre für eine gründliche Ausbildung der Pharmazeuten von besonderem Wert ist, daß ferner die Verteilung der vorgeschriebenen praktischen chemischen Uebungen auf die vier Studienhalbjahre als Regel zu betrachten ist und endlich die analytisch-chemischen Uebungen den pharmazeutisch-chemischen voranzugehen haben.

Es empfiehlt sich, diese Belehrung in einen Studienplan für Pharmaziestudierende aufzunehmen.

Die Zulassung von Krankenschwestern pp. zur Hebammenprüfung ist nur nach voller neunmonatiger Ausbildungszeit zulässig. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. Juni 1911 — M. 6578 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Das bei der Hebammenlehranstalt in Kiel geübte Verfahren, daß die Krankenschwestern, welche die staatliche Prüfung als Krankenpflegeperson abgelegt haben, nur in den letzten 6 Monaten an dem Hebammenlehrkursus teilnehmen, kann nicht gebilligt werden. Zur Hebammenprüfung sind dort nur solche Anwärterinnen zuzulassen, welche den vollen Kurs von neunmonatiger Dauer durchgemacht haben. Soll die Ausbildungszeit einer Hebammenschülerin abgekürzt werden, so ist künftig in jedem Falle, wie dies bereits in dem Erlaß vom 1. September 1909 — M. 8282 — zum Ausdruck gebracht ist, meine Zustimmung einzuholen.

Feilhalten von mehlhaltiger Wurst. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. Juni 1911 — M. 6446 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Ew. pp. lasse ich beifolgend Abschrift des Urteils des Oberverwaltungsgerichts, ersten Senats. vom 28. April 1911, betreffend das Feilhalten von mehlhaltiger Wurst seitens des Fleischermeisters Kl. in H., zur Kenntnisnahme zugehen.

Die Rechtsprechung geht neuerdings dahin, daß das Feilhalten mehlhaltiger Wurst ohne Andeutung des Mehlgehalts in der Bezeichnung der Wurst (z. B. als Semmelleberwurst) auch beim Aushängen eines den Mehlgehalt angebenden Plakats im Laden strafbar ist, und zwar aus § 367 Ziff. 1 des Strafgesetzbuches. Ich verweise auf die Urteile des Kammergerichts vom 16. Jan. 1902 und 28. März 1904, abgedruckt in den Auszügen aus gerichtlichen Entscheidungen, betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln (Beilage zu den Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts; Bd. VI, S. 451 und 453). In gleichem Sinne haben z. B. das Landgericht Bochum am 26. Mai 1906 — 70 Nr. 27/06 — und das Landgericht Essen am 16. März 1907 — 10 Nr. 14/07 — entschieden.

Ew. pp. stelle ich danach ergebenst anheim, in ähnlichen Fällen ein Vorgehen aus § 367 Ziff. 7 des Strafgesetzbuchs herbeizuführen.

Am 29. Mai 1909 richtete die Polizeiverwaltung zu M. an den damals am selben Orte wohnhaften Fleischermeister K. folgende Verfügung:

„Sie haben in Ihrem Fleischerladen Br.-Straße 24 ein Plakat mit der Aufschrift: „Meine Fleischwurst wird mit ca. 8% Kartoffelmehl und dem dazu gehörigen Wasser, ebenso Würstchen, angefertigt und verkauft“ ausgehängt. Nach § 367 Ziffer 7 des Deutschen Reichsstrafgesetzbuches ist der Verkauf von verfälschter Wurst verboten. Ihre gerichtliche Bestrafung ist dieserhalb beantragt worden.

Gemäß § 132 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 werden Sie hiermit aufgefordert, das vorerwähnte Plakat sofort

aus Ihren Verkaufsräumen zu entfernen. Kommen Sie dieser Verfügung nicht nach, so werden wir eine Geldstrafe von 30 M., an deren Stelle im Nichtbeitreibungsfalle eine fünftägige Haftstrafe tritt, gegen Sie festsetzen."

Da K. der Aufforderung bis zum 3. Juni nicht entsprochen hatte, setzte die Behörde durch Verfügung von diesem Tage das angedrohte Zwangsmittel fest und wiederholte zugleich ihre Aufforderung bei Vermeidung weiterer Zwangsmaßregeln.

Beide Verfügungen hat K., nachdem seine dagegen eingelegten Beschwerden von dem Königlichen Regierungspräsidenten und dem Königlichen Oberpräsidenten, von letzterem durch Bescheid vom 7. Januar 1910, zurückgewiesen waren, mittels Klage angefochten.

Nach mündlicher Verhandlung war, wie geschehen, zu erkennen.

Soweit die Klage sich gegen die in der Verfügung vom 3. Juni 1909 enthaltene Straffestsetzung richtet, unterliegt sie ohne weiteres der Abweisung; denn gegen die Festsetzung eines Zwangsmittels findet ebenso wie gegen seine Ausführung in allen Fällen nur die Beschwerde im Aufsichtswege innerhalb zwei Wochen statt (§ 133 Abs. 2 des Landesverwaltungsgesetzes). Im übrigen ist die Klage zulässig. Sie ist auch selbst für den Fall, daß der Kläger, der inzwischen seinen Wohnsitz von M. nach H. verlegt hat, seinen Laden in M. aufgegeben haben sollte, nicht gegenstandslos geworden; denn dem Kläger steht ein Recht darauf zu, entschieden zu wissen, ob die polizeiliche Anordnung zur Zeit ihres Erlasses gerechtfertigt war oder nicht (verg. Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts; Bd. 46, S. 428).

Soweit die Klage zulässig ist, ist sie auch begründet. Nach der unwidersprochen gebliebenen Behauptung der Klage handelt es sich bei der Bekanntmachung, deren Beseitigung gefordert ist, um ein gedrucktes Plakat, also um ein Erzeugnis der Buchdruckerpresse. Auf alle Erzeugnisse der Buchdruckerpresse findet das Reichsgesetz über die Presse vom 7. Mai 1874 mit der sich aus § 30 Abs. 2 desselben ergebenden Einschränkung Anwendung. Der § 9 des Preußischen Preßgesetzes vom 12. Mai 1851, welcher gemäß dem erwähnten § 30 Abs. 2 in fortdauernder Geltung steht, betrifft zwar Plakate, aber nicht solche, welche Nachrichten für den gewerblichen Verkehr enthalten. Das hier in Rede stehende Plakat ist, da es unzweifelhaft dazu bestimmt war, das den Laden besuchende Publikum über die Beschaffenheit der „Fleischwurst" und der „Würstchen" aufzuklären, als ein eine Nachricht für den gewerblichen Verkehr enthaltendes Plakat anzusehen. Kann daher bei der Beurteilung seiner Zulässigkeit lediglich von den Vorschriften des Reichsgesetzes vom 7. Mai 1874 ausgegangen werden, so folgt daraus, daß ein polizeiliches Einschreiten zum Zwecke der Beseitigung des Plakats unstatthaft ist; denn die Erzeugnisse der Buchdruckerpresse unterliegen nur denjenigen Beschränkungen, welche durch das Reichsgesetz (§ 1 daselbst) vorgeschrieben oder zugelassen sind. Das Gesetz enthält aber keine Bestimmung, welche die Polizei zu ihrem Vorgehen ermächtigte. Hiernach unterliegt die polizeiliche Verfügung der Aufhebung (vergl. Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. 54 S. 242).

B. Fürstentum Reuss j. Linie.

Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Gesetz vom 6. Juni 1911.

Der Wortlaut dieses Gesetzes stimmt fast genau mit den in Beilage Nr. 12, S. 103/108 mitgeteilten Gesetze für Sachsen-Coburg vom 19. April d. J. überein, so daß von einem Abdruck abgesehen werden kann. Von den geringen Abweichungen verdient nur hervorgehoben zu werden, daß den Gemeinden behufs Herstellung der zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten erforderlichen Einrichtungen (§ 8) der Zusammenschluß zu Zweckverbänden empfohlen wird; außerdem sind die §§ 14 und 15 in § 14 zusammengefaßt, so daß die Ziffern der einzelnen §§ von 15 nicht mehr übereinstimmen, sondern § 15 des Gesetzes für Reuß j. L. § 16 der Coburger Gesetzes entspricht usw.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 16. 20. August. 1911.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Mietsentschädigung bei Versetzung. Erlaß des Finanzministers und des Ministers des Innern vom 14. Juli 1911 — Nr. I. 5651 II. Ang. II 8501, M. d. Inn. Ia Nr. 4418 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Wir genehmigen, daß bei Versetzungen neben den gesetzlichen Entschädigungen den Beamten diejenigen Kosten erstattet werden, welche sie vom 1. April d. J. ab für den ortsüblichen Gebräuchen entsprechende Maßnahmen zur Weitervermietung der Wohnung an dem bisherigen Dienstorte aufgewendet haben. Als erstattungsfähig können ohne weiteres die Aufwendungen

a) für zweimalige Bekanntmachung in einer Zeitung oder einmalige Bekanntmachung in zwei Zeitungen und
b) für sonstige Gewinnung eines Mieters (Aushang, Annahme eines Vermittlers) angesehen werden.

Die Verrechnung hat zu Lasten des Fonds Kapitel 58 Titel 16 zu unvorhergesehenen und gemischten Ausgaben zu erfolgen, da es sich nicht um Vergütungen auf Grund des Umzugskostengesetzes vom 24. Februar 1877 handelt.

Fürsorge für nicht versicherungspflichtige Lungenkranke. Erlaß vom 22. Mai 1911 — M. 11006 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euerer pp. übersende ich anliegend eine im Kaiserlichen Gesundheitsamte zusammengestellte, das Deutsche Reich umfassende Uebersicht über die für das Jahr 1907 ermittelten Leistungen zur Unterbringung bedürftiger Lungenkranker in Heilstätten oder dergleichen, soweit die Unterbringung nicht auf Grund des Invalidenversicherungsgesetzes, des Krankenversicherungsgesetzes oder der Unfallversicherungsgesetze erfolgt ist, zur gefälligen Kenntnisnahme.

Trotz mehrfacher Mängel, die sich aus der verschiedenartigen Ausfüllung der Uebersichten seitens der einzelnen Gemeinden und Kreise ergeben haben, und derentwegen von einer Veröffentlichung der Uebersicht abgesehen ist, wird diese doch Interesse beanspruchen können.

Sie läßt keinen Zweifel, daß trotz einzelner bemerkenswerter Leistungen, namentlich seitens einiger großer Stadtgemeinden, im allgemeinen eine planmäßige Fürsorge für nicht versicherungspflichtige Lungenkranke nur in bescheidenem Umfange stattgefunden hat. Inwieweit es angezeigt und möglich sein wird, diese Fürsorge auszubauen, stelle ich der dortigen gefälligen Erwägung ergebenst anheim.

Uebertragbare Genickstarre in Preussen im Jahre 1910. Erlaß des Ministers des Innern vom 25. Juli 1911 — M. Nr. 10640 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Uebersicht über das Vorkommen der übertragbaren Genickstarre in Preußen im Jahre 1910.

Im Jahre 1910 gelangten 369 Erkrankungen an Genickstarre zur amtlichen Kenntnis gegen 1030 im Jahre 1909. In 37 Fällen ergab der weitere Verlauf der Erkrankung, die bakteriologische Untersuchung oder die Leichenöffnung, daß übertragbare Genickstarre nicht vorlag; es handelte sich hierbei in 10 Fällen um tuberkulöse, in 4 um eine durch Pneumokokken und in 2 [illegible] eine durch anderweitige Eitererreger hervorgerufene Hirnhautentz[illegible]

In den übrigen Fällen hatten septische Erkrankungen, die zur Metastasenbildung im Gehirn führten, Mittelohreiterungen, Hirnabzesse sowie Erkrankungen an spinaler Kinderlähmung, Lungenentzündung, Gehirngeschwülsten, Geistesstörungen und Trismus neonatorum den Verdacht auf übertragbare Genickstarre erweckt. In 24 Fällen blieb die Diagnose Genickstarre zweifelhaft; nicht selten bestand hierbei der Verdacht, daß spinale Kinderlähmung vorliege. Mit Einschluß dieser Fälle wurden im Jahre 1910: 332 (1909: 957) Erkrankungen beobachtet sowie 1 Erkrankung einer Militärperson im Reg.-Bez. Marienwerder.

Oertliche Verbreitung. Auf die einzelnen Provinzen fielen Erkrankungen in den Jahren 1904 bis 1910:

	1910	1909	1908	1907	1906	1905	1904
Ostpreußen	8	48	21	20	18	28	6
Westpreußen	6	3	6	3	7	26	12
Brandenburg	26	59	66	93	61	84	14
Pommern	7	25	76	22	60	14	6
Posen	9	23	74	119	174	37	2
Schlesien	43	93	177	403	1011	3317	26
Sachsen	5	14	10	17	22	47	3
Schleswig-Holstein	10	14	28	74	15	21	8
Hannover	20	28	28	63	33	28	11
Westfalen	86	245	323	1059	263	70	8
Hessen-Nassau	11	23	16	26	25	26	10
Rheinprovinz	101	382	459	692	340	66	12
Staat	332	957	1284	2591	2029	3764	118

Die Zahl der Erkrankungen in den einzelnen Regierungsbezirken war:

	1910	1909	1908	1907	1906	1905	1904
Königsberg	6	40	20	12	9	6	} 6
Gumbinnen	—	2	—	2	7	17	
Allenstein	2	6	1	6	2	5	
Danzig	3	—	1	—	—	—	7
Marienwerder	3	3	5	3	7	26	5
Berlin	10	41	24	58	31	34	5
Potsdam	7	9	20	23	25	39	8
Frankfurt	9	9	22	12	5	11	1
Stettin	4	18	65	9	13	8	2
Köslin	3	4	11	13	47	6	4
Stralsund	—	3	—	—	—	—	—
Posen	5	17	68	116	167	36	1
Bromberg	4	6	6	3	7	1	1
Breslau	7	18	41	81	174	146	1
Liegnitz	4	3	9	28	26	22	4
Oppeln	32	72	127	294	811	3149	21
Magdeburg	4	7	8	16	15	38	2
Merseburg	1	6	2	1	6	9	1
Erfurt	—	1	—	—	1	—	—
Schleswig	10	14	28	74	15	21	8
Hannover	5	5	8	10	2	—	3
Hildesheim	1	3	—	4	6	6	—
Lüneburg	4	6	4	28	17	6	5
Stade	8	9	9	11	4	9	—
Osnabrück	1	—	—	—	1	2	2
Aurich	1	5	7	10	3	5	1
Münster	14	31	48	230	35	18	4
Minden	6	17	3	4	5	4	1
Arnsberg	66	197	272	825	223	48	3
Cassel	1	9	4	7	14	17	3
Wiesbaden	10	14	12	19	11	9	7
Koblenz	11	10	13	18	1	6	4
Düsseldorf	73	310	280	507	320	40	3
Cöln	4	38	92	108	7	3	2

	1910	1909	1908	1907	1906	1905	1904
Trier	4	9	47	39	2	7	3
Aachen	9	15	27	20	10	5	—
Sigmaringen . . .	—	—	—	—	—	5	—
Staat	332	957	1284	2591	2029	3764	118

Es ist demnach nur etwa der dritte Teil der Erkrankungen des Vorjahres zu verzeichnen. Diese Abnahme verteilt sich ziemlich gleichmäßig auf den ganzen Staat, nur in 4 Regierungsbezirken, Danzig, Liegnitz, Osnabrück und Coblenz, liegt eine geringe Zunahme um eine bis drei Erkrankungen vor, in drei anderen ist die Erkrankungszahl unverändert geblieben. Wie im Vorjahre sind die meisten Erkrankungen im Reg.-Bez. Düsseldorf (73 = 22,0 v. H.; 1909: 197 = 20,5 v. H.), Arnsberg (66 = 19,9 v. H.; 1909: 72 = 7,5 v. H.) und Oppeln (32 = 9,6 v. H.) festgestellt; von den übrigen Regierungsbezirken liegen nur bei Münster und Coblenz mehr als 10 Erkrankungen (14 bezw. 11) vor.

Zeitliche Verteilung. Auf die einzelnen Monate verteilen sich die Erkrankungen folgendermaßen:

	1910	1909	1908	1907	1906	1905	1904
Jan.	51	85	110	149	216	139	11
Febr.	46	82	199	260	313	320	11
März	35	187	206	362	370	759	11
April	48	207	236	467	403	1010	14
Mai	38	148	167	425	258	776	8
Juni	22	55	78	301	122	339	9
Juli	23	46	63	154	85	124	5
Aug.	12	28	58	122	51	72	9
Sept.	18	36	36	102	43	44	5
Okt.	8	20	45	120	61	47	3
Nov.	17	31	42	64	56	60	17
Dez.	14	32	44	57	51	72	15
unbestimmt	—	—	—	8	—	2	—
Jahr	332	957	1284	2591	2029	3764	118

In den einzelnen Jahreszeiten betrug die Zahl der Erkrankungen:

		1910	1909	1908	1907	1906	1905	1904
Frühjahr:	März, April, Mai . .	121	542	609	1254	1031	2545	33
Sommer:	Juni, Juli, August .	57	129	199	577	258	535	23
Herbst:	September, Oktober, November	43	87	123	286	160	151	25
Winter:	Dezember, Januar, Februar .	111	199	353	466	580	531	37

Die Verteilung der Erkrankungsfälle auf die einzelnen Jahreszeiten ist demnach gleichmäßiger als in den Vorjahren; es fielen im Berichtsjahre (Vorjahr) auf das Frühjahr 36,4 (56,6), auf den Winter 33,4 (20,8), auf den Sommer 17,2 (13,5) und auf den Herbst 13,0 (9,1) v. H. aller Erkrankungen.

Geschlecht und Alter der Erkrankten. Von den Erkrankten waren im Jahre:

männlichen Geschlechts:

1910: 199 = 60,1 v. H; 1909: 564 = 58,9 v. H.; 1908: 738 = 57,6 v. H.; 1907: 1477 = 57,1 v. H.; 1906: 1078 = 53,2 v. H.; 1905: 1945 = 54 v. H.; 1904: 67 = 56,8 v. H.

weiblichen Geschlechts:

1910: 132 = 39,9 v. H.; 1909: 393 = 41,1 v. H; 1908: 544 = 42,4 v. H.; 1907: 1112 = 42,9 v. H.; 1906: 951 = 46,8 v. H.; 1905: 1666 = 46 v. H.; 1904: 51 = 43,2 v. H.

Die Beteiligung des männlichen Geschlechts ist demnach wiederum stärker geworden.

Von den 332 Erkrankten waren alt:

0—1 Jahre:	32 = 9,6 v.H.	6—10 Jahre:	51 = 15,4 v.H.	31—40 Jahre:	12 = 3,6 v.H.
1—2 „	43 = 13,0 „	11—15 „	38 = 11,5 „	41—50 „	11 = 3,3 „
2—3 „	35 = 10,6 „	16—20 „	34 = 10,2 „	51—60 „	4 = 1,2 „
3—4 „	19 = 5,7 „	21—25 „	18 = 5,4 „	über 70 „	4 = 1,2 „
4—5 „	17 = 5,1 „	26—30 „	13 = 3,9 „	unbekannt	1 = 0,3 „

Gegen das Vorjahr hat die Beteiligung des Alters von 1—3 Jahren zugenommen, während sonst das Kindesalter an den Erkrankungen verhältnismäßig weniger beteiligt ist; von den Erkrankten standen im Alter: bis zu 5 Jahren 1910: 44,0 v. H.; 1909: 37,8 v. H.; 1908: 42,9 v. H.; 1907: 48,4 v. H.

bis zu 15 Jahren 1910: 70,8 v. H.; 1909: 73,1 v. H.; 1608: 76,0 v. H.; 1907: 79,7 v. H.

Ausgang der Erkrankungen. Am Ende des Jahres 1910 befanden sich noch 2 von den 332 Erkrankten in Behandlung; von den 330 Erkrankten, bei denen die Krankheit zum Abschluß gekommen war, sind 136 genesen und 194 = 58,8 v. H. gestorben. In den Vorjahren ist die Sterblichkeit 1909: 52,69, 1908: 56,2, 1907: 62,47, 1906: 63,3, 1905: 67,2 und 1904: 69,9 v. H. gewesen; im Berichtsjahre ist demnach die Sterblichkeit verhältnismäßig höher als in den beiden vorhergehenden Jahren. Es liegt dies daran, daß sie in den am meisten befallenen Bezirken verhältnismäßig hoch war, zum Teil sogar den Durchschnitt überstieg; sie war im Reg.-Bez. Düsseldorf 59,7 Arnsberg 54,5 und Oppeln 59, 4 v. H.

Bei 128 der Gestorbenen ist der Tag der Erkrankung und der des Todes angegeben; bei diesen erfolgte der Tod am:

1. Tage	8 mal	8. Tage	3 mal	15. Tage	4 mal	22. Tage	0 mal	im 1. Mon.	116 mal
2. „	10 „	9. „	3 „	16. „	4 „	23. „	2 „	„ 2. „	10 „
3. „	13 „	10. „	1 „	17. „	3 „	24. „	1 „	„ 3. „	1 „
4. „	13 „	11. „	4 „	18. „	4 „	25. „	1 „	„ 4. „	0 „
5. „	10 „	12. „	4 „	19. „	1 „	26. „	0 „	„ 5. „	1 „
6. „	9 „	13. „	0 „	20. „	1 „	27. „	2 „		
7. „	9 „	14. „	2 „	21. „	1 „	28. „	1 „		

in der

1. Woche 72 mal	2. Woche 17 mal	3. Woche 18 mal	4. Woche 7 mal

Von 128 Gestorbenen sind demnach 72 = 56,3 (1909: 54,1; 1908: 50,3) v. H. in der 1. Woche nach der Erkrankung gestorben, 17 = 13,3 (1909: 15,1, 1908: 14,4) v. H. in der 2. Woche, 18 = 14.1 (1909: 7,9 1908: 13,1) v. H. in der 3. Woche und 7 = 5,5 (1909: 5,5 (1908: 6,9) v. H. in der 4. Woche. In den ersten drei Wochen erfolgte der Tod 107 mal, d. i. in 83,6. v. H. der Todesfälle, 1909 in 77,1, 1908 in 77,8, 1907 in 73,1, 1906 in 73,8, 1905 in 78,1, 1904 in 93,8 v. H. Nach Ablauf der 4. Krankheitswoche trat nur in 14 Fällen, d. i. 10,9 v. H., der Tod ein, nach dem 3. Monat nur in 1 Fall = 0,8 v. H.

Dauernde Gesundheitsstörungen haben von 136 Genesenen, soweit Angaben darüber vorliegen, nur 2 zurückbehalten; in beiden Fällen ist Taubheit eingetreten.

Bakteriologische Untersuchungen. Zur Sicherung der Diagnose wurde fast überall, wo es möglich war, die bakteriologische Untersuchung herangezogen. In einer Reihe von Fällen, die ausgesprochene Erscheinungen der Genickstarre geboten hatten, war bei der Vornahme der amtlichen Feststellungen der Tod des Kranken schon erfolgt oder sogar die Leiche bereits beerdigt worden; gelegentlich wurde auch die Entnahme von Untersuchungsmaterial von den Angehörigen des Kranken nicht gestattet. In 75 Fällen stützt sich daher die Diagnose Genickstarre nur auf die klinischen Erscheinungen. In 25 Fällen ist die Diagnose durch die Leicheneröffnung bestätigt worden. Bei 138 Fällen fiel die bakteriologische Untersuchung positiv, bei 24 negativ aus, ohne daß die Art der Untersuchung angegeben ist. Soweit die Art der Untersuchungsprobe bezeichnet ist, wurde Cerebrospinalflüssigkeit 48 mal mit positivem und 35 mal mit negativem Ergebnis untersucht; bei der Untersuchung von Blut auf Agglutinationsfähigkeit für Meningokokken war das Ergebnis 11 mal positiv, 10 mal negativ. Im Nasenrachenschleim glückte der Nachweis von Meningokokken 7 mal, 23 mal nicht; in einem Falle waren gleichzeitig Meningokokken und Diphtheriebazillen vorhanden. Unter den Angehörigen Kranker sind, soweit Angaben vorliegen, 24 gesunde Keimträger festgestellt worden. In einem Falle von sicherer Genickstarre agglutinierte das Blutserum Typhusbazillen stark, so daß eine Mischinfektion angenommen wurde, in einem anderen Fall konnten gleichzeitig Meningokokken und Typhusbazillen nachgewiesen werden. Mehrfach waren in der Cerebrospinalflüssigkeit neben Meningokokken Pneumokokken oder Streptokokken verhanden.

Nur bei 41 Erkrankten ist angegeben, daß eine Behandlung mit Genickstarreserum stattfand; von diesen genasen 23, es starben 18. Von 24 Kranken, bei denen nach den Berichten keine Serumbehandlung erfolgte, genasen 10, während 14 starben.

Orthopädische Turnkurse. Erlaß des Ministers der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten — U III B Nr. 6981 — vom 15. Juli 1911 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Im Anschluß an die Erlasse vom 13. Juni 1908, U. III. B. Nr. 2220 M., und 24. Januar 1910, U III B Nr. 3846 M, teile ich der Königlichen Regierung die anliegende Zusammenstellung der in Preußen bisher abgehaltenen orthopädischen Turnkurse unter besonderer Berücksichtigung des Jahres 1909/10 mit.[1]) Die Uebersicht gibt ein erfreuliches Zeugnis von dem anerkennenswerten Bestreben einer zunehmenden Zahl von Gemeinden, unter Aufwendung teilweise recht erheblicher Mittel sich solcher Kinder vorbeugend oder helfend anzunehmen, die in Gefahr sind, sich eine Rückgratsverkrümmung zuzuziehen, oder an einer solchen schon leiden. Wie die Uebersicht zeigt, können die orthopädischen Turnkurse bei zweckmäßiger Einrichtung und sachgemäßem Verfahren viel Segen stiften. Unerläßliche Voraussetzung dabei ist, daß sie unter der Aufsicht eines orthopädisch geschulten Arztes stehen, daß sie sich auf die immerhin zahlreichen Fälle beschränken, in denen es sich um Kinder mit schwachen Rückenmuskeln, schlechter Haltung und um die leichteren Formen von Verkrümmungen der Wirbelsäule handelt, und daß in jedem einzelnen Falle von dem zuständigen Arzte sorgsam geprüft wird, ob die betreffenden Kinder nach Lage der Verhältnisse zur Teilnahme an einem orthopädischen Turnkursus zugelassen werden können, oder ob sie auf Anstaltsbehandlung zu verweisen sind.

B. Königreich Bayern.

Verhandlungen der Aerztekammern im Jahre 1911. Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 22. Juni 1911.

Auf die Verhandlungen der Aerztekammern Bayerns vom 7. November 1910 ergeht nach Einvernahme des K. Obermedizinalausschusses nachstehender Bescheid:

I. Der ständige Ausschuß der Aerztekammer von Oberbayern hat den Entwurf einer Ehrengerichtsordnung ausgearbeitet und sämtlichen Bezirksvereinen zur Annahme empfohlen.

Der Entwurf wurde von 2 Kammern abgelehnt, von den übrigen mit Abänderungen angenommen.

Das K. Staatsministerium des Innern wird das Ergebnis dieser Beratungen würdigen, wenn nach längerer und allgemeiner Erprobung der Standesordnung die gesetzliche Schaffung einer Ehrengerichtsordnung in Erwägung gezogen werden kann.

II. Der Antrag des Bezirksvereins Freising-Moosburg: das Jahr für den Jahresbericht der prakt. Aerzte in die Zeit vom 1. Obtober bis 30. September zu verlegen, wurde von 6 Kammern abgelehnt.

Dem Antrage kann, solange die Berichte der praktischen Aerzte von den Bezirksärzten zu den amtlichen Jahresberichten verwertet werden müssen, eine Folge nicht gegeben werden.

III. Der Bezirksverein Hof stellte den Antrag: das Uebereinkommen zwischen dem Deutschen Reich und Oesterreich-Ungarn betr. die gegenseitige Zulassung der an der Grenze wohnenden Medizinalpersonen zur Ausübung der Praxis vom 30. Septbr. 1882 dahin abzuändern, daß

1. in den Orten, in denen ein Arzt seinen Sitz hat, die Aerzte des Nachbarstaates Praxis nicht ausüben dürfen (außer bei Konsilien) und daß

2. eine Grenzzone für die Ausübung der Praxis — unter Benennung der Orte und mit zulässigem Widerrufe — festgestellt werde.

Der Antrag wurde von 4 Kammern angenommen.

Das K. Staatsministerium des Innern kann in den bestehenden Verhältnissen einen hinreichenden Grund zur Einbringung eines auf Abänderung des Uebereinkommens abzielenden Antrages bei der Reichsleitung nicht erblicken.

IV. Der von 6 Kammern unterstützte Antrag des Bezirksvereins Ansbach: die K. Staatsregierung wolle (im Interesse des Kampfes gegen die

---

[1]) Nach dieser Zusammenstellung, von deren Abdruck Abstand genommen ist, sind im Jahre 1909/10 an 32 verschiedenen Orten orthopädische Turnkurse abgehalten, und zwar mit einer einzigen Ausnahme überall unter Leitung von Aerzten. Es haben daran etwa 2500 Kinder teilgenommen; davon waren etwa 4/5 Mädchen 1/5 Knaben.

Tuberkulose) obligatorischen Unterricht an den Lehrerbildungsanstalten über die Grundzüge der Tuberkulosebekämpfung einführen, wurde dem K. Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten zur zuständigen Würdigung übergeben; ebenso

V. der Antrag der Bezirksvereine Ansbach-Nürnberg:

der Abs. 3 des § 51 der Prüfungsordnung für Aerzte solle folgendermaßen abgeändert werden:

Ist ein Abschnitt nicht vollständig bestanden, so kann der Kandidat den nicht bestandenen Abschnitt oder Abschnittsteil erst nach mindestens 6 Wochen wiederholen und während dieser Zeit einen anderen Abschnitt nicht beginnen.

Ferner sei das Examen binnen einer bestimmten, nicht zu lang bemessenen Frist fertigzustellen. Die jetzige Frist von 8 Jahren erscheine viel zu lang.

Dazu solle die Möglichkeit, die ganze Prüfung zu wiederholen, sehr eingeschränkt werden.

VI. Der Antrag des Ausschusses der mittelfränkischen Aerztekammer, die K. Staatsregierung möge den Delegierten zum verstärkten Obermedizinalausschuß Tagegelder und Reisekostenentschädigung gewähren, wurde von 7 Kammern unterstützt.

Er wird bei Revision der Verordnung über den Obermedizinalausschuß gewürdigt werden.

VII. Zum Antrag des Ausschusses der oberfränkischen Aerztekammer auf Abänderung der ärztlichen Gebührenordnung kann das K. Staatsministerium des Innern erst dann Stellung nehmen, wenn feststeht, daß die zurzeit schwebenden Verhandlungen über die Schaffung einer einheitlichen ärztlichen Gebührenordnung für das ganze Reich zu keinem Ergebnis geführt haben.

VIII. Gegen die von mehreren Apothekerkammern beantragte Einführung der abwechselnden Schließung der Apotheken zur Nachtzeit auch an Werktagen haben sich 7 Kreismedizinalausschüsse und Aerztekammern ausgesprochen. Der Kreismedizinalausschuß und die Aerztekammer von Oberfranken haben begutachtet, die Regelung wegen der Verschiedenartigkeit der örtlichen Verhältnisse dem Ermessen der Apothekenbesitzer unter Ausschluß jeden Zwanges zu überlassen.

Der Obermedizinalausschuß empfiehlt, zunächst abzuwarten, welche Erfahrungen in den nächsten Jahren mit dem im Vorjahre genehmigten wechselweisen Schluß der Apotheken in der Nacht vom Sonntag auf Montag gemacht werden. Das K. Staatsministerium tritt diesem Gutachten bei.

Anlage von Friedhöfen, Leichenhäusern und Grüften. Entschließung des Staatsministeriums des Innern vom 8. Juli 1911 an die Regierungen, Kammern des Innern, die Distriktsverwaltungsbehörden und die Bezirksärzte.

Zur Beurteilung der bei Anlage von Friedhöfen in Betracht kommenden gesundheitlichen Fragen wurden in der Ministerialentschließung vom 14. August 1865 allgemeine Gesichtspunkte aufgestellt. Diese Gesichtspunkte sind zum Teil veraltet. An ihre Stelle treten nachstehende Grundsätze, die sich zugleich auch mit der Errichtung von Leichenhäusern und Grüften befassen.

Grundsätze für die Anlage von Friedhöfen, Leichenhäusern und Grüften.

Vorbemerkung.

Leichen, die der Erde übergeben werden, fallen für gewöhnlich der Zersetzung anheim. Die Zersetzung erfolgt in der ersten Zeit unter dem Einfluß der auf der Oberfläche und im Innern der Leiche vorhandenen Bakterien und Pilze, später auch unter dem Einflusse verschiedener Tierarten (Insektenlarven und Würmer); sie setzt immer eine gewisse Feuchtigkeit des Bodens voraus.

Die Zersetzung unter reichlichem Sauerstoffzutritt führt zur vollständigen Verbrennung der organischen Bestandteile des Körpers und wird als Verwesung bezeichnet; sie liefert als Endprodukte unschädliche Stoffe.

Die Zersetzung bei Sauerstoffabschluß oder mangelhaftem Sauerstoffzutritt führt zur Fäulnis; die Fäulnis liefert als Endprodukte übelriechende, zum Teil auch gesundheitsschädliche Stoffe.

Wenn die zur Zersetzung nötige Feuchtigkeit fehlt, so tritt Ver-

trocknung der Leiche ein. Wenn Leichen unmittelbar im Wasser oder in einem ganz mit Wasser durchtränkten Boden liegen, kommt es zur Bildung von Leichenwachs; zu Leichenwachs umgewandelte Leichen oder Leichenteile bilden eine fettige Masse und bedürfen zum vollständigen Zerfall außerordentlich langer Zeit.

I. Friedhöfe.

Der Boden soll so beschaffen sein, daß die Verwesung der Leichen möglichst rasch erfolgt. Dies ist bei einem Boden der Fall, der zeitweise durch Oberflächenwasser durchfeuchtet wird, die Hauptmasse des Wassers aber nur kurze Zeit zurückhält und dann wieder der Luft ungehinderten Zutritt gewährt; als völlig einwandfrei ist ein Boden jedoch erst dann zu bezeichnen, wenn er auch imstande ist, die Zersetzungsprodukte zurückzuhalten und zu verhindern, daß übelriechende gasförmige Stoffe in die Außenluft, Krankheitskeime und in Wasser gelöste schädliche Stoffe in die tieferen Bodenschichten und das Grundwasser gelangen.

Diese Bedingungen erfüllt am besten ein Boden, der aus Kies und Sand, oder aus Kies und Lehm besteht, oder ein Humus-(Lehm)boden, der reichlich mit Kies und Sand gemischt ist. Grober Schotter (ohne Sand oder Lehmbeimengung) ist ungeeignet, weil er den Gasen den Weg zur Erdoberfläche, den in Wasser löslichen Stoffen und den Keimen den Weg ins Grundwasser frei läßt; reiner Lehm- oder Torfboden ist ungeeignet, weil er für Luft nicht durchlässig ist.

Zu berücksichtigen ist, daß ein ursprünglich geeigneter Boden durch oftmalige Benutzung immer reicher an feinkörnigen Ueberresten von Leichen (Knochenerde) wird und dadurch allmählich undurchlässig und ungeeignet werden kann.

Für die Eignung eines Bodens zur Anlage von Gräbern kommt auch sein Grundwasserstand in Betracht. Da der Grundwasserstand nach Jahreszeit und Witterung schwankt, ist der höchste vorkommende Grundwasserstand zu ermitteln. Es ist unter allen Umständen zu vermeiden, daß die Grabessohle vom Grundwasser erreicht wird oder daß Särge in jene Zone zu liegen kommen, bis zu der das Wasser (durch Kapillarität) aufsteigt. Es soll vielmehr zwischen der Grabessohle und dem höchsten Grundwasserstande eine mindestens 50 cm starke Bodenschicht sich befinden, die einerseits eine trockene Lagerung der Särge gewährleistet und anderseits den Uebergang gelöster Fäulnisstoffe in das Grundwasser verhindert. Bei sehr großporigem Kiesboden soll diese Schicht mächtiger sein, ebenso bei sehr dichtem feinkörnigen Boden, in dem erfahrungsgemäß das Kapillarwasser besonders hoch aufsteigt.

Ein nach seiner Zusammensetzung geeigneter Boden kann ungeeignet sein, wenn er Ueberschwemmungen ausgesetzt oder in einer Mulde gelegen ist, in der sich die Niederschläge sammeln. Ein an sich nicht verwendbarer Boden kann häufig durch Entwässerung oder Aufschüttung geeignet gemacht werden.

Lage der Friedhöfe. Bei der Wahl des Platzes ist auf die Richtung des Grundwasserstromes zu achten. Das Grundwasser des Friedhofs soll besonders in großporigem Boden nicht gegen benachbarte Brunnen, die aus dem Grundwasser gespeist werden, fließen.

Bei Beachtung dieses Grundsatzes und bei einwandfreier Bodenbeschaffenheit ist eine Gefährdung der Umgebung durch Anlage eines Friedhofs nicht zu befürchten. Immerhin ist es, um jede Beunruhigung der Bevölkerung zu vermeiden, zweckmäßig, den Friedhof in einiger Entfernung von Wohngebäuden zu errichten. Meist sprechen schon die Interessen des Verkehrs, der baulichen Ausdehnung der Ortschaft, die Abneigung der Lebenden gegen alle an den Tod erinnernden Vorgänge gegen die Anlage in der Nähe größerer Wohnungskomplexe.

Tiefe der Gräber. Die Tiefe soll von der Erdoberfläche an für die Gräber von Erwachsenen wenigstens 1,80 m, für die von Kindern unter 12 Jahren wenigstens 1,30 m, für die von Kindern unter 7 Jahren wenigstens 1,10 m, für die von Kindern unter 2 Jahren wenigstens 0,80 m betragen.

Zwischenschicht. Zwischen den einzelnen Gräbern soll eine Erdschicht von mindestens 0,6 m Dicke sich befinden. Wo wegen der großen Zahl der Leichen sogenannte Reihengräber angelegt werden müssen, kann ausnahmsweise von dieser Zwischenschicht abgesehen werden, sofern die vorgeschriebene Tiefe eingehalten wird.

Größe der Gräber. Für den Begräbnisplatz eines Erwachsenen ist einschließlich des Zwischenwegs eine Länge von 2,50 m und eine Breite von 1,50 m, bei Reihengräbern eine Länge von 2,20 m und eine Breite von 0,80 m in Ansatz zu bringen; die Länge und Breite der Gräber für Kinder bemißt sich nach der Größe der Särge.

Ruhefrist. Für jeden Begräbnisplatz ist die Zeit, vor deren Ablauf eine schon belegte Grabstelle zum Begraben einer anderen Leiche nicht benutzt werden darf, festzusetzen. Diese Ruhefrist muß der Zeit entsprechen, die zum Zerfall der Leiche nötig ist; sie hängt von der Bodenbeschaffenheit und dem Alter der Beerdigten ab. Bei sehr günstigen Bodenverhältnissen verwest die Leiche eines Erwachsenen in 4—7 Jahren, unter ungünstigen Umständen erst in 15—30 und mehr Jahren. Leichen von Kindern unter 10 Jahren brauchen etwa $^1/_3$—$^1/_2$ dieser Zeit. Welche Ruhefrist zu wählen ist, muß für jeden Friedhof gesondert entschieden werden; ausschlaggebend bleibt dabei die bei Eröffnung von Gräbern gemachte Erfahrung.

Größe der Friedhöfe. Aus der Zahl der nach 10jährigem Durchschnitt oder für die Zukunft voraussichtlich zur Beerdigung gelangenden Leichen der verschiedenen Altersklassen, aus der Größe der einzelnen Gräber und aus der nach den Erfahrungen festgestellten oder nach der Bodenbeschaffenheit anzunehmenden Ruhefrist läßt sich der Raum für die gewöhnlichen Gräber berechnen. Für Familiengräber, Grüfte, das Leichenhaus und die größerer Wege ist zu der berechneten Fläche ein Zuschlag zu machen, der durch die örtlichen Verhältnisse bestimmt wird. Auch für gärtnerische Anlagen, die nicht nur einen Schmuck des Friedhofs bilden, sondern auch gesundheitliche Vorzüge haben, soll ein angemessener Raum vorgesehen werden. Besonders ist darauf zu achten, daß die Wege, vor allem die Hauptwege, eine dem zu erwartenden Verkehr entsprechende Breite erhalten.

II. Leichenhäuser.

Die baldige Entfernung der Leichen aus der Umgebung der Lebenden ist für die öffentliche Gesundheitspflege von großer Wichtigkeit besonders dann, wenn es sich um die Leichen von Personen handelt, die an übertragbaren Krankheiten gestorben sind. Es ist deshalb in größeren Orten die Errichtung von Leichenhäusern zu fördern. Leichenhäuser sollen außer dem Aufbahrungsraum ein heizbares Zimmer und einen Abort für den Wächter, ferner einen heizbaren Raum für die Vornahme von Leichenöffnungen enthalten. Sie müssen mit Wasser versorgt sein.

III. Grüfte.

Aehnlich wie im Erdgrabe vollzieht sich, wenn gewöhnliche Holzsärge benutzt werden, die Zersetzung in gemauerten Grüften. Da aber kein die Zersetzungsgase zurückhaltendes Erdreich den Sarg umgibt, können unter Umständen, so besonders bei mangelhafter (schadhafter) Deckung übelriechende und giftige Gase in die Außenluft gelangen. Von diesem Standpunkt aus ist die Neuanlage von Grüften in oder unter geschlossenen Räumen, die Menschen dauernd oder vorübergehend zum Aufenthalt dienen, gefährlich und ausnahmsweise nur dann zu gestatten, wenn starkwandig, luftdicht abgeschlossene Metall- oder Steinsärge benutzt und die Grüfte selbst mit wasserdichtem Boden und einem über Dach führenden Entlüftungsrohre versehen und völlig dicht eingedeckt werden.

Auf offenen Friedhöfen kann auch bei Verwendung durchlässiger Särge jede Gefährdung der Besucher ausgeschlossen werden, wenn die Anlage der Grüfte in einer Weise erfolgt, daß die gasförmigen und flüssigen Zersetzungsstoffe in den Boden abgeleitet werden. Zu diesem Zwecke muß der obere Verschluß der Grüfte ein möglichst dichter sein und müssen anderseits die Wände gegen das umgebende Erdreich undicht hergestellt werden. Als undicht sind schon die gewöhnlichen Ziegel- und Backsteinmauern zu betrachten, sofern sie nicht mit Mörtel verputzt werden. In verputzten Mauern und in Beton müssen besondere Luftschlitze angebracht werden, oder es muß die Sohle der Gruft ein geringes Gefälle und an der tiefsten Stelle eine Oeffnung erhalten, durch welche die flüssigen und gasförmigen Stoffe in das umgebende Erdreich austreten können.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr 17. 5. September. 1911.

Rechtsprechung.

Berechtigung der Bader in Bayern zur Abgabe freigegebener Arzneimittel, auch wenn diese nicht aus der Apotheke bezogen sind. Urteil des Obersten Landesgerichts (Str.-S.) vom 13. Juni 1911.

Nach § 367 Nr. 3 St. G. B. ist strafbar, wer ohne polizeiliche Erlaubnis Arzneien, soweit der Handel mit diesen nicht freigegeben ist, zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an Andere überläßt. Nach Ziffer 10 des Verzeichnisses A der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 gehört das Heftpflaster zu den dem Handel freigegebenen Apothekerwaren. Es kann also nach § 367 Nr. 3 nicht bestraft werden, wer ein Heftpflaster außerhalb einer Apotheke gewerbsmäßig bereitet, feilhält oder verkauft. Nach § 367 Nr. 5 ist strafbar, wer bei Ausübung der Befugnis zur Zubereitung oder Feilhaltung der Arzneien die deshalb ergangenen Verordnungen nicht befolgt. Man muß annehmen, daß § 367 Nr. 5 Verordnungen im Auge hat, die sich auf die dem Apothekenzwang unterworfenen Arzneien beziehen. Die Landesgesetzgebung kann vorschreiben, daß die Bader bei der Ausübung ihrer Befugnisse nur gewisse, dem freien Verkehr entzogene oder nur gewisse, dem freien Verkehr überlassene Arzneimittel abgeben und anwenden dürfen, dagegen kann keine Landesgesetzgebung verbieten, daß ein Bader neben dem Baderberufe die dem freien Verkehr überlassenen Arzneimittel in einem selbständigen Betriebe gewerbsmäßig feilhält oder verkauft, gleichwie das beispielsweise Drogisten, Friseure und ähnliche Gewerbetreibende auf Grund der Gewerbeordnung zu tun berechtigt sind und tun.[1]) Nach § 7 der Verordnung vom 31. März 1899, die Verhältnisse der Bader betreffend, fällt in die selbständige Befugnis der Bader die Behandlung einfacher Wunden, Abszesse und Geschwüre. Inwieweit die Bader zur Abgabe und Anwendung von Arzneimitteln befugt sind, und welche Verbände und Verbandstoffe denselben anzuwenden gestattet ist, wird jeweils durch das Ministerium des Innern bestimmt. Die Min.-Bek. vom 4. April 1899 gestattet den Badern u. a. die Anwendung von Heftpflaster bei Ausübung ihrer Befugnisse, schreibt aber vor, daß sie die Arzneimittel, deren Abgabe oder Anwendung ihnen zusteht, aus einer Apotheke beziehen müssen. Das Polizeistrafgesetzbuch enthält eine auf die Bader bezügliche Strafandrohung für den Fall der Ueberschreitung ihrer Befugnisse oder des Zuwiderhandelns gegen die ihnen auferlegten Berufspflichten nicht. Der § 9 der Verordnung vom 31. März 1899 begnügt sich mit dem Ausspruche: Badern, die ihre Befugnisse überschreiten oder den ihnen obliegenden Verpflichtungen zuwiderhandeln, kann unbeschadet der etwa verwirkten Strafe die Berechtigung zur Führung des Titels „Bader" entzogen werden. Der Bader handelt gegen eine ihm nach Verordnung vom 31. März 1899 und Ziffer 4 der Ministerialbekanntmachung vom 4. April 1899 obliegende Verpflichtung, wenn er bei der Ausübung der Heilkunde ein ihm verstattetes Arzneimittel anwendet, das er nicht aus einer Apotheke bezogen hat; das Polizeistrafgesetzbuch enthält aber keine ausdrückliche Bestimmung des Inhalts, daß der Bader wegen der Verletzung dieser Berufsverpflichtung strafbar sein soll. Ein Bader, der bei der Ausübung der Heilkunde ein nicht aus einer Apotheke bezogenes Heftpflaster abgibt und anwendet, kann daher auch nicht in Anwendung des Art. 72a P. St. G. B. bestraft werden. Die bayerische Landesgesetzgebung war nach

---

[1]) Der betreffende Bader hielt Sprechstunden für Beinleidende ab, in denen er diesen die Geschwüre reinigte und mit Heftpflaster verklebte, das er nicht aus einer Apotheke bezog.

§ 6 Abs. 1 G. O. zur Schaffung des Art. 72a und zur Erlassung der Verordnung vom 15. März 1901 über den Verkehr mit Arznei- oder Geheimmitteln außerhalb der Apotheken berechtigt. Sie konnte aber im Hinblick auf § 1 Abs. 1 R. G. O. nicht bestimmen, daß diejenigen, welche gewerbsmäßig Arzneimittel, die reichsgesetzlich dem freien Verkehr überlassen sind, gewerbsmäßig feilhalten oder verkaufen — z. B. Drogisten, Bader, die neben der Ausübung der Heilkunde sich mit dem Feilhalten befassen — die Arzneimittel aus einer Apotheke beziehen müssen. Daß diese Verordnung nur gewerbsmäßige Betriebe der oben bezeichneten Art im Auge hat, ergibt sich aus ihren sämtlichen Bestimmungen; sie nimmt auch nirgends auf die besondere, den Badern bezüglich des Bezuges von Arzneimitteln aus einer Apotheke auferlegte Berufspflicht bezug. Man kann daher mit gutem Grund bezweifeln, daß sie sich auf diese Berufspflicht bezieht, und daß auf Grund ihrer, den Verkehr mit Arzneimitteln außerhalb der Apotheken regelnden, das gewerbsmäßige Feilhalten von Arzneimitteln betreffenden Bestimmungen und in Anwendung des Art. 72a der Bader gestraft werden kann, der unter Nichtbeachtung seiner Berufspflicht bei der Ausübung seiner Heilbefugnisse ein dem freien Verkehr überlassenes, nicht aus einer Apotheke bezogenes Arzneimittel abgibt oder anwendet. Im Tun des Angeklagten sind daher die Merkmale einer strafbaren Handlung nicht zu erblicken.

Das Verbot der Ankündigung von Heilmitteln (z. B. Blutreinigungsmittel „Medico“) in den Polizeiverordnungen über Kurpfuscher erstreckt sich nicht nur auf diese, sondern auch auf andere Personen. Urteil des preuß. Kammergerichts (II. Str.-S.) vom 4. Juli 1911.

Der § 4 der Polizeiverordnung des Polizeipräsidenten zu Berlin vom 21. August 1903 bestimmt im § 4: Die öffentliche Ankündigung von Gegenständen, Vorrichtungen, Methoden und Mitteln, die zur Verhütung, Linderung oder Heilung von Menschen- oder Tierkrankheiten bestimmt sind, ist verboten, wenn ersteren besondere, über ihren wahren Wert hinausgehende Wirkungen beigelegt werden, oder das Publikum durch die Art ihrer Anpreisung irregeführt wird. Derartige Vorschriften sind nach § 10 Titel 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts und § 6 zu f des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 rechtswirksam. Sie sollen die Gesundheit des Publikums vor Gefahren schützen, die dadurch entstehen, daß Leser der Anzeigen, durch die Anpreisungen veranlaßt, die Mittel kaufen und in Fällen anwenden, wo sie schädlich wirken, oder darüber die richtige Zeit zur Besorgung eines Arztes versäumen. Der Angeklagte hat folgendes Zeitungsinserat erscheinen lassen: „Die meisten Krankheiten haben ihren Ursprung im unreinen Blute, deshalb reinige man sein Blut mit Reichels Wachholder-Extrakt „Medico„, einem vollkommenen und gründlichen Blutreinigungsmittel zur Auffrischung des Blutes und der Säfte. Es wirkt, die Natur unterstützend und den Stoffwechsel mäßig anregend, nach allen Richtungen hin und auf alle Teile des Körpers in milder, nur wohltätiger Weise ein . . . .“ In zweiter Instanz verurteilte die Strafkammer den Angeklagten, der hiergegen Revision erhob und in dieser geltend machte, daß die Polizeiverordnung von 1903 auf ihn überhaupt nicht Anwendung finde. Sie wie die für die einzelnen Regierungsbezirke erlassenen Polizeiverordnungen gleichen Inhalts gingen auf den Ministerial-Erlaß vom 28. Juni 1902 zurück. Der Minister habe unterm 7. April 1903 wiederholt erklärt, daß sich der Erlaß nur auf die Personen beziehe, welche die Heilkunde gewerbsmäßig ausübten, ohne in Deutschland approbiert zu sein. Der II. Strafsenat hat jedoch die Revision mit folgender Begründung zurückgewiesen: Allerdings liegt eine Ausübung der Heilkunde in gewerbepolizeilicher Beziehung nur dann vor, wenn jemand gewerbsmäßig mit bestimmten Personen, die wirklich oder angeblich an Krankheiten, Schäden oder sonstigen Uebeln des Körpers leiden oder anderweit zur Regelung körperlicher Funktionen sachverständiger Beratung oder Unterstützung bedürfen oder zu bedürfen glauben, zu dem Zweck in Verbindung tritt, um nach wirklicher oder angeblicher Feststellung ihres körperlichen Zustandes die erforderlichen Schritte zur Beseitigung oder Linderung des Uebels zu tun. Immer ist zur Annahme des Heilgewerbebetriebes erforderlich, daß der wirkliche oder an-

gebliche Heilkundige zunächst die erwähnte individuelle Feststellung durch mündliche oder schriftliche Befragung des Patienten oder dritter Personen, durch Untersuchung oder auf andere Weise wirklich oder angeblich vornimmt und auf Grund dieser Feststellung die betreffende „Behandlung" übernimmt, mag sie in mündlicher oder schriftlicher Raterteilung, in Abgabe oder Empfehlung eines Heilmittels, in unmittelbarer Einwirkung auf den Körper des Patienten oder in einer anderen Handlung bestehen. Die bloße Ankündigung, Anpreisung und Verabfolgung von Heilmitteln ist daher kein Heilgewerbebetrieb; hier tritt der Fabrikant oder Händler den Kunden nicht als Heilgewerbetreibender, sondern als Kaufmann gegenüber, der seine Ware anpreist und abgibt. Die vorstehende Unterscheidung entspricht auch durchaus der Anschauung des Lebens. Niemand sagt z. B. von einem Großhändler mit Arzneimitteln, daß er die Heilkunde ausübe, wenn er seine Mittel anpreist und demnächst ohne weiteres veräußert. Die hier entwickelte Absicht entspricht aber auch der gewerbepolizeilichen Gesetzgebung, die stets den Betrieb der Heilkunde auf der einen und die Ankündigung und Verabfolgung von Arznei- und Heilmitteln auf der andern Seite getrennt behandelt hat. Wie die Gewerbeordnung im § 6 die „Ausübung der Heilkunde" von dem „Verkauf von Arzneimitteln" trennt und im § 56 Nr. 9 und § 56a Nr. 1 den Handel mit Arzneimitteln im Umherziehen von dem Betriebe der Heilkunde im Umherziehen scheidet, so ist das auch in den preußischen medizinalpolizeilichen Verordnungen stets geschehen. So muß anerkannt werden, daß das Ergebnis ein unbefriedigendes ist, wenn sich jene Polizeiverordnungen nur auf Kurpfuscher beziehen. Es blieben alle marktschreierischen Reklamen von Arzneimittelhändlern frei, sofern nicht gerade Mittel angekündigt werden, deren Ankündigung nach anderen Polizeiverordnungen verboten ist. Allein die Polizeiverordnung vom 21. August 1903 entspricht nicht den Ausführungen des Ministerialerlasses vom 7. April 1903, sondern hat sich in bewußten Gegensatz zu ihnen gesetzt. Sie sagt in der Ueberschrift, daß sie den Gewerbebetrieb und die öffentlichen Anzeigen von Personen, die ohne die staatliche Approbation die Heilkunde ausüben, sowie die Ankündigung von Heilmethoden, Heilmitteln und dergl. betreffe. Der Ministerialerlaß ist ein Internum der Verwaltung. Es stehen Verwaltungsvorschriften im Gegensatz zu Rechtsvorschriften. Nur mit ihnen hat sich der Richter zu befassen. Die Polizeiverordnung des Polizeipräsidenten will aber, wie aus der Ueberschrift mit voller Deutlichkeit erhellt, ihre Wirksamkeit nicht auf Kurpfuscher beschränken, sondern auf alle, gleichviel welchen Standes und Gewerbes, demnach auch auf die Fabrikanten von Arzneimitteln und deren Vertreter erstrecken. Demnach unterliegt die Verurteilung des Angeklagten keinem rechtlichen Bedenken.

Eine Bestimmung, wonach die in Drogenhandlungen unter der Bezeichnung des Deutschen Arzneibuches feilgehaltenen Arzneimittel dessen Vorschriften entsprechen müssen, ist rechtlich unzulässig, da das Deutsche Arzneibuch in keiner für Rechtsvorschriften bestimmten Weise veröffentlicht ist, und nur für die Apotheker, nicht aber für sonstige Verkäufer von Arzneimitteln als gesetzliche, von ihnen zu beachtende Vorschrift anzusehen ist. Urteil des preuß. Kammergerichts (St.-S.) vom 3. Juli 1911.

Verbot der Ankündigung eines Tees gegen Lungenleiden, der im wesentlichen ebenso zusammengesetzt ist, wie der auf der Geheimmittelliste stehende Johannistee Brockhaus. Urteil des preuß. Kammergerichts (Str.-S.) vom 8. Juni 1911.

Ausdrücklich als Vorbeugungsmittel feilgehaltene Arzneimittel (z. B. Crescent)[1]) sind gleichwohl den dem freien Verkehr entzogenen Heilmitteln

[1]) Crescent wird als trockenes Gemenge, Pillen oder in flüssiger Form als Mittel gegen die Beschwerden und Störungen der Menstruation angeboten und feilgehalten.

zuzurechnen, falls sie in vorbeugender Weise Krankheiten entgegen wirken sollen. Urteil des Obersten Landesgerichts (Str.-S.) in München vom 16. Juli 1911.

Dem freien Verkehr entzogene Mittel zur allgemeinen körperlichen Kräftigung müssen ausdrücklich dem Kranken gegenüber sowie in Ankündigungen als „Nahrungsmittel" zur Kräftigung der Konstitution bezeichnet werden, andernfalls sind sie als Heilmittel anzusehen. Urteil des Oberlandesgerichts in Dresden (Str.-S.) vom 4. Mai 1911.

Destillate sind nur als Zubereitungen dem freien Verkehr überlassen. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 30. März 1911.

Destillate sind nach § 1 der Kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901 mit einigen Ausnahmen den Apotheken nicht vorbehalten. Durch Destillation muß aber eine „Zubereitung", d. h. etwas Neues entstanden sein; nur in ihrer Eigenschaft als Zubereitungen sind die Destillate freigegeben. Hat durch die Destillation eine Zubereitung, d. h. eine Veränderung im Wesen des Mittels nicht stattgefunden, ist das Mittel nach der Destillation in seinem Wesen unverändert geblieben, und die Destillation somit nicht zum Zwecke einer Zubereitung, sondern etwa zu dem Zwecke erfolgt, um ein Mittel frei verkäuflich zu machen, so kommt ein freigegebenes Destillat im Sinne der Kaiserlichen Verordnung von 1901 nicht in Frage.

Mimosatropfen sind als „Destillate" dem freien Verkehr überlassen. Urteil des bayerischen Obersten Landesgerichts (Str.-S) vom 3. Dezember 1910.

Johannisbeersaft ist als Obstsaft, Malzpulver mit Eisen als fester pulverisierter Auszug von Malz (Malzextrakt mit Eisen), Fenchelwasser als Destillat dem freien Verkehr überlassen; dasselbe gilt betreffs Pferdefresspulver, da dieses nur zur Beförderung der Fresslust, z. B. bei Futterwechsel, und nicht als Heilmittel dient. Urteil des Oberlandesgerichts in Breslau (Str.S.) vom 13. Juni 1911.

Strafbare prahlerische Ankündigung von Busencrême „Alvija" auf Grund des Wettbewerbgesetzes. Urteil des Reichsgerichts vom 12. Juli 1911.

Erhebliche Verfehlungen gegen die Vorschriften über den Verkehr mit Giften rechtfertigen die Zurücknahme der Genehmigung zum Gifthandel wegen Unzuverlässigkeit des Geschäftsinhabers, aber nicht die Untersagung des Handels mit anderen Drogen und chemischen Präparaten. Urteil des preußischen Oberverwaltungsgerichts (III. S.) vom 6. Juli 1911.

Es ist zu bedenken, daß, wenn der Beklagte fernerhin den Gifthandel nicht betreiben darf, die Gefahr, daß die Handhabung des sonstigen Gewerbebetriebs Leben und Gesundheit von Menschen bedroht, sowieso gering ist.

Jede übertragbare Krankheit ist „ansteckende Krankheit" im Sinne des § 7 Abs. 1 Ziff. 1 des Krankenversicherungsgesetzes. Urteil des sächsischen Oberverwaltungsgerichts (I. Sen.) vom 6. August 1910.

Daß der Beklagte syphilitisch krank war, als er von der Klägerin dem

Krankenhause überwiesen wurde, steht nach den Gutachten der gehörten Aerzte außer Zweifel. Die Vorinstanz hat gleichwohl das Vorhandensein einer „ansteckenden" Krankheit lediglich deshalb verneint, weil sie davon ausgeht, daß die Syphilis unter Umständen zwar „übertragbar", aber im technischen Sinne nicht „ansteckend" sei. Für die Annahme, daß der Gesetzgeber den Begriff „ansteckend" im § 7 Abs. 1 Ziff. 1 des Krankenversicherungsgesetzes in diesem engeren, medizinisch-technischen Sinne gebraucht und ihm mithin eine andere Bedeutung beigelegt habe, als ihm nach dem allgemein üblichen Sprachgebrauche zukommt, der hierunter jede übertragbare Krankheit zu verstehen pflegt, bietet der Wortlaut jener Vorschrift auch nicht den geringsten Anhalt. Daß dies aber auch nicht der Absicht des Gesetzes entspricht, ergibt sich ohne weiteres aus dem Zwecke der Bestimmung. Sie soll den Versicherungsträgern offenbar die Möglichkeit verschaffen, diejenigen Versicherten, die wegen der Art ihrer Krankheit alle mit ihnen in Berührung kommenden Personen mehr oder weniger gefährden, sowohl zum Schutze der Allgemeinheit wie namentlich im eigenen Interesse der Krankenkasse vom Verkehre mit Dritten fernzuhalten, um eine Weiterverbreitung der Krankheit zu verhindern. Ob die Fortpflanzung durch Uebertragung oder Ansteckung im medizinisch-technischen Sinne geschieht, ist hierbei vollkommen gleichgültig; denn es kommt nur darauf an, den angegebenen Erfolg zu erreichen.

Auch ein von einem Versicherten gegenüber einer Versicherungseinrichtung erklärter Verzicht auf Kassenleistungen (hier Krankengeld) ist rechtsgültig, falls dieser Verzicht dem Versicherten nicht zum Nachteile gereicht; diese Voraussetzung ist gegeben, wenn der Versicherte infolge des Verzichts sonstige, dem aufgegebenen Unterstützungsanspruche mindestens gleichartige Zuwendungen (z. B. freie Verpflegung in einem Walderholungsheim, wenn auch nur mit Tagesbetrieb) erlangt.

Ob eine derartige Walderholungsstätte als „Krankenhaus" (im Sinne des § 7 des Krankenversicherungsgesetzes) erachtet werden könnte, ist für die Frage der Gültigkeit des Verzichts belanglos. Entscheidung des bayerischen Verwaltungsgerichtshofes (III. Sen.) vom 3. April 1911.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Württemberg.

Bekämpfung des Milzbrandes in Gerbereien. Erlaß des Ministeriums des Innern vom 14. März 1911.

Die mit Erlaß vom 21. Oktober 1909 (Amtsbl. S. 434) angeordnete Aufnahme einer Statistik der Milzbrandfälle unter Menschen hat schon im ersten Jahr ergeben, daß die Milzbrandgefahr in den Gerbereien viel größer ist, als nach den bisher vorliegenden Angaben angenommen werden konnte. In Württemberg sind im Jahr 1910 22 Erkrankungen an Milzbrand in Gerbereien zur Anzeige gekommen, von denen 2 einen tödlichen Ausgang hatten, im Deutschen Reich in der Zeit vom 1. Januar bis 30. September 1910 70 Erkrankungen mit 12 Todesfällen. Den Gewerbeaufsichtsbeamten und Polizeibehörden wird deshalb ein nachdrückliches Vorgehen gegen die Milzbrandgefahr in den Gerbereien aufgegeben. Als Unterlage dafür werden die eingehenden, auf den neuesten Ergebnissen der Wissenschaft beruhenden und den Anforderungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts entsprechenden Bestimmungen zum Schutze der Gerbereiarbeiter gegen Milzbranderkrankungen, welche die Lederindustrie-Berufsgenossenschaft in die §§ 63—69, 90, 91 ihrer vom Reichs-Versicherungsamt unterm 9. September 1910 genehmigten, am 1. Oktober desselben Jahres in Kraft getretenen Unfallverhütungsvorschriften vom 31. Mai 1910 aufgenommen hat,[1]) empfohlen. Der Erlaß des Ministeriums des Innern

---

[1]) Diese Bestimmungen lauten:

§ 63. Rohe Schaf- und Ziegenfelle sowie trockene ausländische Rohhäute sind in besonderen, verschließbaren Lagerräumen aufzubewahren, die

an die K. Stadtdirektion Stuttgart und die K. Oberämter, betreffend die Verarbeitung von Wildhäuten in den Gerbereien, vom 10. Juni 1891 (Amtsbl. S. 145) wird aufgehoben.

---

nur zu diesem Zweck dienen und mit Wohnräumen, Stallungen oder Räumen zur Aufbewahrung von Viehfutter nicht in unmittelbarer Verbindung stehen.

§ 64. Die Lagerräume sind mit einem aus Zement, Asphalt oder einem ähnlichen, undurchlässigen Material fugendicht hergestellten Fußboden zu versehen. Bestehende Anlagen dürfen für einen Zeitraum von zehn Jahren weiter benutzt werden, soweit sie mit einem dichten und festen Fußboden versehen sind. Die Lagerräume sind mindestens einmal wöchentlich nach Beendigung der Arbeit feucht zu reinigen z. B. durch Auskehren mit feuchtem Sägemehl oder feuchter Lohe. Außerdem hat nach Leerung des Lagerraums oder einzelner Teile desselben regelmäßig ihre Desinfektion durch Anstreichen mit einer Lösung von 1 Gewichtsteil frischem Chlorkalk in 20 Gewichtsteilen Wasser mit der Maßgabe zu erfolgen, daß mindestens alle Jahre einmal der ganze Lagerraum in dieser Weise desinfiziert wird, Wände und Decken aber nur insoweit, als sie mit Rohhäuten in Berührung gekommen sind. Der Anstrich darf frühestens nach Ablauf von 24 Stunden entfernt werden. Kehricht und wertloses Packmaterial (Strohseile, Baststricke und dergleichen) sind zu verbrennen.

§ 65. Rohe Schaf- und Ziegenfelle sowie trockene ausländische Rohhäute sind mit besonderer Vorsicht zu behandeln; sie dürfen insbesondere nicht unnötig Erschütterungen ausgesetzt oder geworfen werden. Für die Beförderung der Häute empfiehlt es sich dringend, besondere Einrichtungen (Wagen oder dergleichen) zu verwenden. Zum Tragen der Häute sind den Arbeitern Schutzkappen, die Kopf, Nacken und Schulterblätter bedecken, zum Hantieren mit trockenen ausländischen Häuten Arbeitskittel in ausreichender Zahl und guter Beschaffenheit zur Verfügung zu stellen. Der Arbeitgeber hat durch geeignete Anordnungen und Beaufsichtigung dafür Sorge zu tragen, daß die Arbeitskittel und Schutzkappen nur von denjenigen Arbeitern benutzt werden, denen sie zugewiesen sind, und daß sie nach je einwöchigem Gebrauch mindestens einmal desinfiziert werden. Die Desinfektion muß nach Wahl des Arbeitgebers geschehen entweder durch mindestens einhalbstündige Einwirkung strömenden Wasserdampfes bei einem Ueberdruck von nicht unter 0,15 Atmosphären oder durch mindestens einstündiges Kochen in Wasser.

§ 66. Die Arbeiter, die mit rohen Schaf- und Ziegenfellen oder trockenen ausländischen Rohhäuten in Berührung kommen, sind beim Antritt des Arbeitsverhältnisses auf die ihnen drohende Milzbrandgefahr aufmerksam zu machen, und es ist ihnen der Abdruck der Unfallverhütungsvorschriften und einer Belehrung über Milzbranderkrankung auszuhändigen. Außerdem ist in den Betriebsräumen an geeigneten Stellen die Belehrung auszuhängen. Die nötige Anzahl der Belehrung wird den Betriebsunternehmern von der Genossenschaft zur Verfügung gestellt.

§ 67. In einem staubfreien Teil der Anlage müssen an geeigneten Stellen für die Arbeiter Wascheinrichtungen und, soweit Arbeiter im Betriebe ihre Mahlzeiten einzunehmen pflegen, ein Speiseraum vorhanden sein. Der Raum muß sauber und staubfrei gehalten und während der kalten Jahreszeit geheizt werden. Es müssen Wasser, Seife und Handtücher sowie Einrichtungen zur Verwahrung der Kleidungsstücke in ausreichender Menge vorhanden sein.

§ 68. Der Arbeitgeber hat darauf zu halten, daß Arbeiter mit wunden Hautstellen, insbesondere an Hals, Gesicht, Händen oder Armen, zur Beschäftigung in den in § 63 bezeichneten Lagerräumen und zu Arbeiten nicht zugelassen werden, bei denen sie mit rohen Schaf- und Ziegenfellen oder trockenen ausländischen Rohhäuten, welche die Kalkäscher noch nicht durchlaufen haben, in Berührung kommen.

§ 69. Weiter hat der Arbeitgeber darauf zu halten, daß jeder milzbrandverdächtige Arbeiter sofort ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, und daß jeder milzbranderkrankte Arbeiter in das von der Berufsgenossenschaft als zuständig bezeichnete Krankenhaus verbracht wird.

§ 90. Arbeiter, welche mit der Verarbeitung von rohen Schaf- und Ziegenfellen sowie trockener ausländischer Rohhäute beschäftigt sind, dürfen

B. Grossherzogtum Oldenburg.

Anschluss der Aerzte des Fürstentums Lübeck[1]) an die Aerztekammer der preussischen Provinz Schleswig-Holstein. Gesetz vom 3. April 1911.

§ 1. Die im Artikel 1 des Staatsvertrages zwischen Oldenburg und Preußen über den Anschluß der Aerzte in den Fürstentümern Lübeck und Birkenfeld an die Aerztekammern der preußischen Provinzen Schleswig-Holstein und Rheinprovinz vom 18. März 1810[2]) aufgeführten preußischen Verordnungen, Gesetze und Rechtsvorschriften über die Errichtung einer ärztlichen Standesvertretung, die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern finden sinngemäße Anwendung auch auf die im Fürstentum Lübeck wohnhaften Aerzte, und zwar dergestalt, daß die innerhalb des Fürstentums wohnhaften Aerzte allen Pflichten unterworfen werden, welche nach den im Art. 1 des Staatsvertrages benannten preußischen Rechtsvorschriften den innerhalb des Königreichs Preußen wohnhaften Aerzten obliegen.

§ 2. Zur Durchführung der im § 1 enthaltenen Bestimmungen wird

---

erst dann den Speiseraum betreten, Mahlzeiten einnehmen oder die Anlagen verlassen, wenn sie zuvor die vorgeschriebenen Arbeitskleider abgelegt und Gesicht, Kopf und Barthaare, Hals, Hände und Arme sorgfältig gewaschen haben. Die Arbeiter dürfen Getränke in offenen Gefäßen und Nahrungsmittel nicht in die Arbeitsräume mitnehmen. Das Einnehmen von Speisen ist ihnen nur außerhalb der Arbeitsräume gestattet.

§ 91. Spürt ein Arbeiter auf der Haut ein verdächtiges Jucken oder Brennen oder einen Schmerz, der von einem anfangs kleinen, bald größer werdenden dunklen Bläschen ausgeht, so hat er hiervon sofort der zuständigen Betriebsstelle Anzeige zu machen und sich unverzüglich in ärztliche Behandlung oder in das vorgeschriebene Krankenhaus zu begeben, da eine Verzögerung die Krankheit leicht gefährlich machen und in wenigen Tagen zum Tode führen kann.

[1]) Ein gleiches Gesetz ist unter demselben Datum wegen des Anschlusses der Aerzte des Fürstentums Birkenfeld an die Aerztekammer der Rheinprovinz erlassen.

[2]) Wegen Anschlusses der Aerzte in den Großherzoglich Oldenburgischen Fürstentümern Lübeck und Birkenfeld an Aerztekammern Königlich Preußischer Provinzen ist von beiderseitigen Staatsregierungen durch die hierzu beauftragten Kommissare . . . . nachstehender Staatsvertrag vorbehaltlich der landesherrlichen Genehmigung abgeschlossen worden:

Art. 1. Die Königlich Preußische Staatsregierung gewährt den innerhalb der Fürstentümer Lübeck und Birkenfeld wohnhaften Aerzten alle Rechte, welche den im Königreich Preußen wohnhaften Aerzten nach folgenden Rechtsvorschriften zustehen:

1. Königliche Verordnung, betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung vom 25. Mai 1887 (G. S. S. 169),

2. Königliche Verordnung wegen Abänderung vorstehender Verordnung vom 21. Juli 1892 (G. S. S. 222),

3. desgl. vom 20. Mai 1898 (G. S. S. 115),

4. desgl. vom 23. Januar 1899 (G. S. S. 17),

5. Gesetz, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern vom 25. November 1899 (G. S. S. 565),

6. Gesetz zur Abänderung des vorstehend genannten Gesetzes vom 27. Juli 1904 (G. S. S. 182 ff.),

7. alle etwa noch ergehenden Rechtsvorschriften, welche diese Verordnungen und Gesetze abändern oder ergänzen.

Artikel 2. Die Großherzoglich Oldenburgische Regierung wird nach verfassungsmäßiger Zustimmung des Landtages Gesetze erlassen, durch welche die innerhalb der Fürstentümer Lübeck und Birkenfeld wohnhaften Aerzte allen Pflichten unterworfen werden, welche nach den im Artikel 1 benannten

das Gebiet des Fürstentums Lübeck der Aerztekammer der Provinz Schleswig-Holstein angeschlossen und zum Zwecke der Wahl von Mitgliedern der Aerztekammer dem Regierungsbezirk Schleswig angegliedert.

§ 3. Die Gerichts- und Verwaltungsbehörden des Fürstentums sind verpflichtet, dem Ehrengericht oder seinen beauftragten Mitgliedern Rechtshilfe nach Maßgabe des § 11 Abs. 1 des preußischen Gesetzes vom 25. November 1899, die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Aerztekammern betreffend, zu leisten.

Desgleichen sind die Ortspolizeibehörden des Fürstentums nach Maßgabe des § 11 Abs. 2 des vorgedachten Gesetzes verpflichtet, dem Ersuchen des Ehrengerichts oder seiner beauftragten Mitglieder um Auskunft oder um protokollarische Vernehmung von Personen zu entsprechen.

§ 4. Die Beiträge zur Aerztekammer und die auf Grund einer ehrengerichtlichen Entscheidung festgesetzten Geldstrafen und Kosten unterliegen der Beitreibung im Verwaltungswege.

§ 5. Die Bestimmungen dieses Gesetzes treten mit dem Ablauf des 31. Dezember 1910 in Kraft und bleiben solange in Gültigkeit, als der im § 1 dieses Gesetzes erwähnte Staatsvertrag nicht außer Kraft gesetzt ist.

Königlich preußischen Rechtsvorschriften den innerhalb des Königreichs Preußen wohnhaften Aerzten obliegen.

Artikel 3. Für die Durchführung dieser Maßnahmen wird das Fürstentum Lübeck dem Regierungsbezirk Schleswig und das Fürstentum Birkenfeld dem Regierungsbezirk Trier dergestalt angeschlossen, daß die Aerztekammer der Provinz Schleswig-Holstein und ihr ärztliches Ehrengericht für die im Fürstentum Lübeck wohnhaften Aerzte, die Aerztekammer der Rheinprovinz und ihr ärztliches Ehrengericht für die im Fürstentum Birkenfeld wohnhaften Aerzte, der Ehrengerichtshof zu Berlin für beide Gruppen von Aerzten ebenso zuständig sein sollen, wie für die innerhalb der genannten Provinzen wohnhaften Aerzte, sowie, daß die ersteren innerhalb der Wahlbezirke der genannten Regierungsbezirke ebenso wahlberechtigt und wählbar sein sollen, wie die in diesen Regierungsbezirken wohnhaften Aerzte.

Die im Artikel 2 erwähnten Gesetze werden die entsprechenden landesgesetzlichen Vorschriften für die Fürstentümer Lübeck und Birkenfeld enthalten. Insbesondere werden sie den Behörden der Fürstentümer diejenigen Pflichten gegenüber den Aerztekammern auferlegen, welche den Behörden im Königreiche Preußen ihnen gegenüber obliegen.

Artikel 4. Die Aerztekammern der Provinz Schleswig-Holstein und der Rheinprovinz sollen befugt sein, nach Maßgabe des § 2 der Königlich preußischen Verordnung vom 25. Mai 1887 Vorstellungen und Anträge an die Großherzoglichen Regierungen zu Eutin bezw. Birkenfeld zu richten.

Desgleichen sollen sie verpflichtet sein, sich auf Erfordern dieser Großherzoglichen Regierungen über Fragen innerhalb ihres Geschäftskreises gutachtlich zu äußern, wozu ihnen diese in geeigneten Fällen Gelegenheit geben werden.

Artikel 5. Artikel 1, Artikel 3 Absatz 1 und Artikel 4 treten am 1. Januar nach Erlaß der durch die Vereinbarungen in Artikel 2 und Artikel 3 Absatz 2 vorgesehenen Großherzoglich Oldenburgischen Gesetze in Kraft. Sollten diese Gesetze nicht spätestens bis zum 1. Juli 1911 erlassen sein, so gilt der gegenwärtige Vertrag als aufgehoben.

Artikel 6. Von diesem Vertrage zurückzutreten soll sowohl der Königlich Preußischen, als auch der Großherzoglich Oldenburgischen Regierung nach einjähriger Kündigung zustehen.

Jedoch darf das Kündigungsrecht nur zum 1. Januar eines Jahres ausgeübt werden.

Artikel 7. Gegenwärtiger Staatsvertrag soll zweimal ausgefertigt, auch soll die Auswechselung der Urkunden möglichst bald bewirkt werden.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr. 18. 20. September. 1911.

Rechtsprechung.

Haftpflicht des Arztes bei Vornahme einer Operation an einer minderjährigen Person ohne die Einwilligung ihres gesetzlichen Vertreters. Urteil des Reichsgerichts (III. Z.-S.) vom 30. Juni 1911.[1])

Der praktische Arzt Dr. D. in B. hatte an der Elfriede Th. in B., die damals noch nicht ganz 17 Jahre alt war, ohne Einwilligung ihres Vaters in der Chloroformnarkose eine Operation vorgenommen, und zwar hat er ihr in die nur kümmerlich entwickelte rechte Brustseite Paraffin eingespritzt. Der Zweck der Operation war in der Hauptsache der, der Brust die normale Form zu geben, nebenbei vielleicht auch der, hysterische Beschwerden der Klägerin durch die psychische Einwirkung des Erfolges der Operation zu beseitigen. Bei der Operation wurde keinerlei Versehen begangen. Gleichwohl hatten sich für die Th. nachteilige Folgen herausgestellt; sie hat demnächst auch die eingespritzte Paraffinmasse durch andere Aerzte auf operativem Wege entfernen lassen. Wegen des ihr durch die Operation entstandenen Vermögens- und sonstigen Schadens forderte die Th. von Dr. E. Ersatz. Ihre Klage wurde vom Landgericht abgewiesen, da Dr. E. ohne Verschulden die Zustimmung des Vaters der Th. zur Vornahme der Operation habe als erteilt ansehen können. Dagegen erklärte das Kammergericht Berlin den Klageanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt. Auf die Revision des Beklagten Dr. E. führte der III. Zivilsenat des Reichsgerichts aus: „Mit Recht hat das Berufungsgericht die Vornahme der Operation mangels der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters der Klägerin für eine rechtswidrige Körperverletzung erachtet. Gegenüber abweichenden Meinungen hält der erkennende Senat an der bereits ausgesprochenen Auffassung fest, daß die Berechtigung eines Arztes zur Vornahme einer Operation an einem Minderjährigen grundsätzlich durch die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters des Minderjährigen bedingt ist. Daß die persönliche Zustimmung des Minderjährigen, auch wenn er eine gewisse Verstandsreife erlangt hat, nicht genügt, die Rechtswidrigkeit des Eingriffes zu beseitigen, kann einem Zweifel nicht unterliegen, wenn diese Einwilligung als ein Rechtsgeschäft aufzufassen, § 107 des Bürgerlichen Gesetzbuches also unmittelbar anzuwenden ist. Aber auch wenn man in einer solchen Einwilligung nicht eine rechtliche Willenserklärung, sondern nur eine rein tatsächliche Erklärung erblickt, so wird man bei der schwerwiegenden Bedeutung einer solchen Einwilligung und mit Rücksicht auf das mit der elterlichen Gewalt wie mit dem Amte des Vormundes verbundene Recht der Sorge für die Person des Kindes oder Mündels gleichfalls zu dem Ergebnis kommen müssen, daß die Operation ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters der objektiven Rechtsmäßigkeit entbehrt, mag auch der Minderjährige selbst ihr zugestimmt haben. Ob bei besonders gearteter Sachlage, insbesondere in Fällen, in denen eine schleunige Vornahme der Operation zur Vermeidung unwiderbringlicher Nachteile für die Gesundheit des Minderjährigen geboten ist und die Verweigerung der Einwilligung dazu seitens des gesetzlichen Vertreters sich als ein Mißbrauch der elterlichen Gewalt oder der vormundschaftlichen Befugnis darstellen würde, die Vornahme der Operation trotz fehlender Einwilligung des gesetzlichen Vertreters, ja sogar gegen dessen ausdrückliches Verbot objektiv gerechtfertigt sein kann, bedarf der Entscheidung im vor-

---

[1]) Das Urteil ist bereits in der Beilage zu Nr. 15, S. 129 mitgeteilt; aber ohne Entscheidungsgründe des Reichsgerichts. Bei der Wichtigkeit der Frage sind diese nunmehr hier abgedruckt, nachdem ihr Wortlaut bekannt gegeben ist.

liegenden Falle nicht. Denn der Beklagte hat die Operation an der Klägerin vorgenommen, ohne daß eine dringliche Veranlassung dazu vorlag, und obwohl er sich in kürzester Frist Gewissenheit darüber verschaffen konnte, ob der Vater der Klägerin damit einverstanden war. Auch die Annahme des Berufungsgerichts, daß der Beklagte ohne Verschulden die Einwilligung des Vaters der Klägerin nicht als gegeben ansehen durfte, ja daß er sich um diese Einwilligung überhaupt nicht gekümmert und somit vorsätzlich gehandelt habe, unterliegt keinem rechtlichen Bedenken." Die Revision wurde deshalb zurückgewiesen.

Eine Staatsbehörde (z. B. Medizinalkommission) ist zum Erlass von Warnungen im Interesse der Allgemeinheit berechtigt. (Warnung der Bremer Medizinalkommission vor dem Waschmittel: Ding an sich.) Urteil des Reichsgerichts (VI. Z.-S.) vom 12. Juni 1911.

Die Medizinalkommission in Bremen hatte in einem öffentlichen Erlasse vor dem Waschmittel „Ding an sich" wegen seiner Gesundheitsgefährlichkeit gewarnt. Der Kern des Waschmittels besteht aus einer Röhre mit Natriumsuperoxyd; dadurch waren wiederholt in verschiedenen Städten beim Gebrauche des Mittels Verletzungen vorgekommen, indem beim gewaltsamen oder unvorsichtigen Oeffnen der Büchsen, in denen das Mittel verpackt ist, durch Verstäubung des Inhaltes Augenerkrankungen eintraten, so z. B. in Düsseldorf, Hannover und Bremerhaven, so daß die lokalen Polizeipräsidien ein Verbot des Waschmittels überhaupt in Erwägung gezogen hatten. Nach Versuchen mit Kaninchen und Meerschweinchen, die durch das Mittel vollständig erblindet waren, hatte die Medizinalkommission in Bremen in einem öffentlichen Erlasse ausgeführt, durch das Waschmittel „Ding an sich" seien Fälle von Gesundheitsbeschädigungen vorgekommen, es werde deshalb vor dem Gebrauche gewarnt. Die Fabrikanten behaupteten, die Medizinalkommission sei weder objektiv noch subjektiv zu einer Warnung berechtigt gewesen, die bei der hohen behördlichen Stellung der Kommission einem Verbote gleichkäme. Der Bremische Staat aber hafte für das Verschulden der Kommission. Deshalb sei die Klage berechtigt, dem Staate Wiederholungen der Warnung zu verbieten und ihn für die gewerbliche Schädigung ersatzpflichtig zu erklären. Vom Landgericht Bremen sowohl als vom Oberlandesgericht Hamburg wurde die Klage abgewiesen, von dem letzteren mit folgender Begründung: Ein allgemeiner gemeinrechtlicher Rechtssatz, wonach der Staat in solchen Fällen zu haften habe, besteht nicht, auch eine Haftung des Bremischen Staates für das Verschulden der Medizinalkommission als seiner verfassungsmäßig berufenen Vertreterin ist nach Bremischem Partikularrechte nicht anerkannt. Damit ist ohne weiteres die Klage auf § 839 (Haftung des Staates für Vorsatz oder Fährlässigkeit seiner Beamten) hinfällig. Bei der Prüfung der Frage, ob die Klage aus § 823 B. G. B. gerechtfertigt sei, müsse dem Kläger entgegengehalten werden, daß die von der Kommission erlassene Warnung keinen unmittelbaren Eingriff in ein Recht des Klägers bedeute, auch nicht einen unmittelbaren Eingriff in das Recht gewerblicher Bewegungsfreiheit des Klägers, das an sich als ein nach § 823 B. G. B. geschütztes „sonstiges" Recht angesehen werden müsse. Die Medizinalkommission sei von der Wahrheit der Gesundheitsschädlichkeit des Waschmittels überzeugt gewesen. Deshalb bestehe auch keine Ersatzpflicht gemäß § 824,1 B. G. B., wonach eine Schadensklage nur bei Behauptung von Tatsachen der Wahrheit zuwider gewährt sei. Gegen eine Schadensklage aus diesem Gesichtspunkte schütze aber auch gemäß § 824,2 B. G. B. das berechtigte Interesse, das die Kommission an der Verbreitung der Warnung gehabt habe. Eine Schadensklage des Klägers sei sonach in keiner Weise gerechtfertigt. Für die Klage auf Unterlassung weiterer Warnungen komme zunächst in Betracht, daß die Medizinalkommission sich ausdrücklich vorbehalten habe, die Veröffentlichung der Warnung zu wiederholen. Anderseits aber habe der Kläger selbst zugeben müssen, daß unter besonderen Umständen, d. h. bei unvorsichtigem Gebrauche der Büchsen Gesundheitsbeschädigungen eintreten könnten und sich auch tatsächlich in Düsseldorf, Hannover und Bremerhaven ereignet hätten. Es gehe nicht an, diese [illegible], die der Kläger auf Zufall zurückführen wolle, als bei der Menge der [illegible] Büchsen unerheblich hinz[illegible] Aus den Gebrauchsanweisu[illegible] der Hinweis auf die

Gefährlichkeit des Mittels gefehlt sowie die notwendige Erklärung, die Büchsen müßten langsam geöffnet werden. Die Kommission, die jeden unbefugten Gebrauch eines gesundheitsschädlichen Mittels zu überwachen und eventl. zu verbieten habe, sei deshalb berechtigt gewesen, die Warnung zu erlassen, die nur dann beanstandet werden könnte, wenn die Warnung die Grenzen überschritten habe, die eine Behörde nach Lage der Sache einzuhalten genötigt wäre. Diese Grenzen seien aber nicht überschritten. Ebensowenig könne die Klage auf § 826 (vorsätzliche Schädigung durch Verstoß gegen die guten Sitten) oder auf das Wettbewerbsgesetz gestützt werden, denn der beklagte Staat sei kein Konkurrent des Klägers. Auch der Vorwurf der Fahrlässigkeit, begangen durch mangelhafte Begründung der Warnung, treffe den Beklagten nicht; die tatsächlichen Schädigungen durch das Mittel hätten ihm genügen dürfen, insbesondere habe er keine Veranlassung gehabt, nach den verschiedenen Mitteilungen von Polizeibehörden, aus Drogistenkreisen und in Artikeln der Seifensiederzeitung über die Gesundheitsschädlichkeit des Mittels noch den Kläger selbst oder etwa nochmals das Gesundheitsamt zu hören. Die Revision des Klägers machte erneut geltend, die erlassene Warnung der höchsten Behörde auf dem Gebiete des staatlichen Gesundheitswesens wirke ähnlich wie ein Verbot, das direkt und bewußt den Vertrieb des Mittels hindern wolle. In diesem Sinne sei das Verhalten der Medizinalkommission objektiv wie subjektiv rechtswidrig, denn die Behörde habe nicht „vor dem Gebrauche" schlechthin, sondern höchstens vor dem unvorsichtigen Gebrauche warnen dürfen. Bei Erlaß der Warnung sei der Kommission nur ein Fall schädlicher Benutzung durch Augenverletzung bekannt gewesen, deshalb sei die gegebene Begründung der Warnung unwahr, „es seien Fälle von Gesundheitsschädigungen" vorgekommen. Vom Reichsgericht wurde jedoch die Revision verworfen.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Personenwechsel bei den Medizinaluntersuchungsämtern. Erlaß des Ministers des Innern vom 30. Juni 1911 — M. 18556 — an die Herren Regierungspräsidenten in Gumbinnen, Danzig, Potsdam, Stettin, Breslau, Magdeburg, Hannover, Stade, Münster, Coblenz, Düsseldorf.

Im Anschluß an den Erlaß des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 3. Mai 1907 — M. 1246, Min.-Blatt Seite 146 —.[1])

Die Wahrnehmung, daß wiederholt Vorsteher von Medizinaluntersuchungsämtern sich schon nach kurzer Dienstzeit um Kreisarztstellen der allgemeinen Medizinalverwaltung beworben haben, veranlaßt mich, darauf hinzuweisen, daß ein häufiger Wechsel im Personalbestande der Medizinaluntersuchungsämter unerwünscht ist.

Die verantwortungsvolle Arbeit, von deren zuverlässiger Ausführung wichtige Entschließungen der Medizinalverwaltung abhängen, verlangt Beamte, die nicht nur in der Untersuchungstätigkeit geübt, sondern auch mit den örtlichen Verhältnissen ihres Bezirkes vertraut sind.

Ich verkenne nicht, daß Kreisärzte, die eine Zeitlang in einem Medizinaluntersuchungsamt tätig gewesen sind, unter Umständen gerade auf Grund der hier gewonnenen Erfahrungen Kreisarztstellen der allgemeinen Medizinalverwaltung mit besonderem Erfolge bekleiden werden. Aber auch dies ist nur zu erwarten, wenn die Zeit ihrer Tätigkeit bei einem Medizinaluntersuchungsamt nicht zu kurz gewesen ist.

Ich beabsichtige daher künftig Bewerbungen von Vorstehern der Medizinaluntersuchungsämter um Kreisarztstellen der allgemeinen Medizinalverwaltung in der Regel nur dann in Betracht zu ziehen, wenn die Vorsteher eine längere Zeit in ihrem Amte tätig gewesen sind. Auch ersuche ich, dies gefälligst künftig Bewerbern um Vorsteherstellen in geeigneter Weise mitzuteilen.

---

[1]) Siehe Beilage Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung zu Nr. 11 der Zeitschrift für Medizinalbeamte; 1907, S. 72.

Ein zu häufiger Personenwechsel ist auch bei den Assistentenstellen der Medizinaluntersuchungsämter unerwünscht. Damit die Assistenten sich möglichst gründlich in ihre Tätigkeit einarbeiten, und damit diese Tätigkeit für das Amt ersprießlich ist, ersuche ich, Gesuche von Assistenten um Versetzung in der Regel an mich nur dann weiterzugehen, wenn sie ihre Stelle längere Zeit mit Erfolg verwaltet haben.

Die Gebühr für Zu- und Abgang bei Dienstreisen (§§ 18 und 31 der Reisekostenvorschriften vom 24. September 1910). Rund-Erlaß des Ministers des Innern und des Finanzministers vom 13. Juli 1911 an die Herren Oberpräsidenten und Regierungspräsidenten.

Es sind Zweifel darüber entstanden, ob die Gebühr für Zu- oder Abgang am Wohnort des Beamten und am auswärtigen Uebernachtungsorte (§ 3 Abs. 3 des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 — Gesetzsamml. S. 150 —) nur zu gewähren ist, wenn die Eisenbahnstation, die Haltestelle der Kleinbahn oder der Anlege- oder Liegeplatz des Schiffes sich innerhalb des Ortsberinges des Wohnorts des Beamten oder des auswärtigen Uebernachtungsorts befindet oder ob sie auch zu gewähren ist, wenn die Eisenbahnstation usw. innerhalb einer anderen Ortschaft liegt. Zur Beseitigung dieser Zweifel bemerken wir folgendes:

Nach der Begründung zu dem Entwurfe des Reisekostengesetzes (Drucksachen des Abgeordnetenhauses 1910, Nr. 122 S. 9) hat die Zu- und Abgangsgebühr nur an Orten zwischen der Anfangs- und der Endstation eines Reisetages beseitigt werden sollen. Deshalb liegt nach § 18 Abs. 1 der Reisekostenvorschriften vom 24. September 1910 ein Zugang oder Abgang am Wohnort oder am auswärtigen Uebernachtungsorte (§§ 12 und 13 a. a. O.) auch dann vor, wenn die Bahnstation usw. in einer Entfernung von weniger als 2 km von der Ortsgruppe außerhalb des Wohnorts usw. gelegen ist. Somit ist es für den Begriff „Zugang am Wohnort usw.“ nur wesentlich, daß der Weg zur Bahnstation vom Wohnort usw. aus angetreten wird. Umgekehrt ist es für den Begriff „Abgang am Wohnort usw.“ nur wesentlich, daß der Weg von der Bahnstation im Wohnort usw. beendet wird. Gleichgültig ist, wo der Zugangsweg, insbesondere ob er außerhalb des Wohnorts usw. endet, und wo der Abgangsweg, insbesondere ob er außerhalb des Wohnorts usw. beginnt. Hiernach ist die Zu- oder Abgangsgebühr in den Fällen des § 18 Abs. 1 a. a. O. auch zu gewähren, wenn der „Zugang am Wohnort usw.“ in einer anderen Ortschaft endet oder der „Abgang am Wohnort usw.“ in einer anderen Ortschaft beginnt.

Entsprechend sind ferner die Worte „am Wohnort“ und „am auswärtigen Uebernachtungsort“ in § 31 Abs. 1 a. a. O. auszulegen, welcher die Berechnung der Fahrkosten in denjenigen Fällen regelt, wo der Weg zu oder von der Eisenbahnstation usw. nach § 18 Abs. 2 a. a. O. nicht als Zu- oder Abgang gilt, weil die Eisenbahnstation usw. 2 km oder mehr von der Ortsgrenze entfernt ist. Auch hier bleibt der Weg zur Eisenbahnstation usw. ein Weg „am Wohnort usw.“, selbst wenn er außerhalb des Wohnorts innerhalb einer anderen Ortschaft endet, und ist nach § 31 Abs. 1 Satz 3 a. a. O. bei Benutzung der Straßenbahn mindestens in Höhe der Vergütung für Zugang zu entschädigen. Umgekehrt ist ein solcher Weg von der Bahnstation usw. zum Wohnort usw. auch dann als Weg „am Wohnort usw.“ mindestens in Höhe der Vergütung für Abgang zu entschädigen, wenn sein Anfangspunkt außerhalb des Wohnorts usw. innerhalb einer anderen Ortschaft gelegen und er mit der Straßenbahn zurückgelegt worden ist.

Herstellung von Wasserleitungen für leistungsschwache Gemeinden. Erlaß des Ministers des Innern vom 22. Juli 1911 — M. 11580 — an die Herren Regierungspräsidenten außer Trier.

Die Herstellung von Wasserleitungen für leistungsschwache Gemeinden wird von dem Kreise Ottweiler nach einem neuerdings gefaßten Beschlusse in der Weise gefördert, daß den bedürftigen Gemeinden nicht mehr, wie früher, ein Teil der Anlagekosten als Beihilfe gezahlt wird, sondern daß der Kreis die Verzinsung und Tilgung eines Teiles der Anlagekosten auf eine Reihe von Jahren übernimmt. Der Kreis verpflichtet sich zur teilweisen Verzinsung und Tilgung des Anlagekapitals zunächst auf fünf Jahre, vom Ablauf des Rechnungsjahres ab gerechnet, in dem die Wasserleitung in Betrieb genommen

worden ist. Für einen weiteren fünfjährigen Zeitraum wird die Beihilfe frei widerruflich für jedes Jahr gewährt.

Dieses Verfahren gewährleistet den bedürftigen Gemeinden, die die Kosten der ersten Anlage einer Wasserleitung in der Regel durch eine Anleihe decken und nur die Verzinsungs- und Tilgungsbeträge mit den ordentlichen Einnahmen aufbringen, die gleiche Erleichterung wie die Zahlung einer einmaligen Beihilfe zu den Anlagekosten. Für den Kreis hat das Verfahren vor der Gewährung einmaliger Zuschüsse den Vorzug, daß der Kreishaushalt nicht in einzelnen Jahren übermäßig belastet wird.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, die Kreisverwaltungen auf das gedachte Verfahren, das die Durchführung hygienischer Verbesserungen für arme Gemeinden zu fördern geeignet ist, gefälligst aufmerksam zu machen.

Beschulung blinder und taubstummer Kinder. Gesetz vom 7. August 1911.

§ 1. Blinde Kinder, die das sechste Lebensjahr, sowie taubstumme Kinder, welche das siebente Lebensjahr vollendet haben, unterliegen, sofern sie genügend entwickelt und bildungsfähig erscheinen, der Verpflichtung, den in den Anstalten für blinde und taubstumme Kinder eingerichteten Unterricht zu besuchen (Schulpflicht).

Bei Kindern, welche in ihrer Entwicklung zurückgeblieben sind, kann der Beginn der Verpflichtung bis zu drei Jahren hinausgeschoben werden.

Zu den taubstummen Kindern im Sinne des Gesetzes gehören auch stumme, ertaubte und solche Kinder, deren Gehörreste so gering sind, daß sie die Sprache auf natürlichem Wege nicht erlernen können und die erlernte Sprache durchs Ohr zu verstehen nicht mehr imstande sind.

Zu den blinden Kindern gehören auch solche Kinder, die so schwachsinnig sind, daß sie den blinden Kindern gleichgeachtet werden müssen.

Die Verpflichtung der Kinder ruht, solange für ihren Unterricht in ausreichender Weise anderweit gesorgt ist.

§ 2. Die Schulpflicht der blinden Kinder endet mit dem auf die Vollendung des 14., die der taubstummen Kinder mit dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahrs folgenden Jahresschlusse.

§ 3. Kinder, welche das schulpflichtige Lebensalter in der Zeit bis einschließlich drei Monate nach dem Beginne des Schuljahres vollenden, können ausnahmsweise schon an dem vorhergehenden Aufnahmetermin in die Schule aufgenommen werden. In diesem Falle kann ihre Entlassung nach achtjährigem Schulbesuch auch schon vor Erreichung des die Schulpflicht beendenden Lebensalters stattfinden.

§ 4. Ueber den Eintritt der Schulpflicht beschließt in kreisfreien Städten die Schuldeputation, im übrigen nach Anhörung der Ortsschulbehörde die Schulaufsichtsbehörde.

§ 5. Gegen diesen Beschluß steht den Eltern, dem gesetzlichen Vertreter sowie dem Kommunalverbande binnen zwei Wochen nach der Zustellung die Beschwerde zu. Ueber die Beschwerde beschließt der Kreis- (Stadt-) Ausschuß. Zuständig ist der Kreis- (Stadt-) Ausschuß, in dessen Bezirke die Eltern des Kindes ihren Wohnsitz haben, und in Ermangelung eines solchen derjenige, in dessen Bezirke sich der Wohnsitz des Kindes oder sein Aufenthaltsort befindet.

Der Kreis- (Stadt-) Ausschuß hat vor der Beschlußfassung den Kommunalverband und soweit dies ohne erhebliche Schwierigkeiten geschehen kann, die Eltern und den gesetzlichen Vertreter zu hören; er kann auch andere Personen, insbesondere den Kreisarzt, den Leiter der zuständigen Taubstummenbeziehungsweise Blindenanstalt, den Ortsschulinspektor, den Ortsgeistlichen, den Lehrer, den Gemeindevorsteher und andere zur Aeußerung auffordern oder als Sachverständige oder Zeugen, nötigenfalls eidlich, vernehmen. Im übrigen finden auf das Verfahren des Kreis- (Stadt-) Ausschusses die Bestimmungen der §§ 115 bis 126 des Gesetzes, betreffend die allgemeine Landesverwaltung, vom 30. Juli 1883 sinngemäß Anwendung.

Der Beschluß ist den Eltern, dem gesetzlichen Vertreter, der Schulaufsichtsbehörde und dem verpflichteten Kommunalverbande zuzustellen.

Die Beschwerde gemäß § 121 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung steht den im Abs. 3 Genannten zu, den Eltern und dem gesetzlichen

Vertreter jedoch nur dann, wenn der Beschluß die Entscheidung der Schuldeputation beziehungsweise Schulaufsichtsbehörde aufrecht erhält. Die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung.

§ 6. Die nach den Bestimmungen dieses Gesetzes der Schulpflicht unterliegenden taubstummen und blinden Kinder, für deren Unterricht nicht sonst in ausreichender Weise gesorgt wird, müssen vom Beginne der Schulpflicht an, in den Fällen des § 5 nach Eintritt der Rechtskraft des Beschlusses, durch den Kommunalverband in einer Blinden- oder Taubstummenanstalt oder an einem Orte untergebracht oder belassen werden, von welchem aus sie eine unterrichtliche Veranstaltung der bezeichneten Art besuchen können.

Verpflichtet ist der zur Fürsorge für das Blinden- und Taubstummenwesen allgemein berufene Kommunalverband, in dessen Bezirke die Eltern des Kindes ihren Wohnsitz haben oder das Kind seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines Wohnsitzes seinen Aufenthalt hat. Verlegen die Eltern des Kindes ihren Wohnsitz in den Bezirk eines anderen Kommunalverbandes, so geht die Verpflichtung auf diesen über.

Die Entscheidung über die Unterbringung oder Belassung des Kindes liegt dem Kommunalverband ob.

Das Kind ist, soweit das in dem Bezirke desselben Kommunalverbandes möglich ist, in einer Anstalt seines Bekenntnisses unterzubringen. Wenn es nicht in der Anstalt wohnt, muß es tunlichst in einer Familie seines Bekenntnisses untergebracht werden. Dem Antrage der Eltern und des gesetzlichen Vertreters des Kindes auf anderweite Unterbringung ist tunlichst Folge zu geben.

Gegen die Verfügungen des Kommunalverbandes gemäß Abs. 3 und 4 steht den Eltern und dem gesetzlichen Vertreter die Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu.

§ 7. Zur Ueberführung des Zöglings ist der gesetzliche Vertreter des Kindes verpflichtet. Erfolgt diese nicht binnen 4 Wochen nach Zustellung der Benachrichtigung, so ordnet die Schulaufsichtsbehörde die Ueberführung an.

§ 8. Von der erfolgten Unterbringung hat der Kommunalverband die Behörde, welche die Schulpflicht festgestellt hat, zu benachrichtigen.

Die Schulaufsichtsbehörde ist berechtigt, gegen Eltern und den gesetzlichen Vertreter sowie diejenigen, denen die Obhut über das Kind anvertraut ist, sofern sie ein untergebrachtes Kind ohne Erlaubnis der Behörde zurückholen oder zu dem Besuche des Unterrichts der Anstalt nicht ausreichend anhalten, Strafbestimmungen nach Maßgabe der über die Bestrafung der Schulversäumnisse bei den öffentlichen Volksschulen bestehenden Vorschriften zu erlassen.

§ 9. Der Kommunalverband ist berechtigt, die Schulpflicht der blinden und taubstummen Kinder auszudehnen bis zu dem Jahresschulschlusse, welcher bei den blinden Kindern auf die Vollendung des 17., bei den taubstummen Kindern auf die Vollendung des 18. Lebensjahres folgt, wenn die Kinder das Lehrziel des Unterrichts noch nicht erreicht haben und nach Lage ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung anzunehmen ist, daß sie es bei Fortsetzung des Unterrichts erreichen werden.

Gegen die Verfügung des Kommunalverbandes steht den Eltern und dem gesetzlichen Vertreter die Beschwerde an die Schulaufsichtsbehörde zu.

§ 10. Die Entlassung der blinden und taubstummen Kinder aus der Schule darf nur stattfinden, wenn

1) die Schulpflicht des Kindes nach Maßgabe der Bestimmungen des § 2 oder § 9 beendet ist,

2) die Erreichung des Zweckes der Unterbringung in anderer Weise sichergestellt ist,

3) aus anderen Gründen die Voraussetzungen für die zwangsweise Unterbringung des Kindes nicht mehr vorliegen.

4) aus besonderen Gründen die vorzeitige Entlassung gerechtfertigt erscheint.

Auch eine Zurückstellung des Kindes vom Schulbesuche längstens auf die Dauer eines Schuljahres kann ausgesprochen werden.

Ueber die Entlassung und die Zurückstellung befindet der Kommunalverband. Gegen dessen Entscheidung steht binnen 2 Wochen den Eltern und dem gesetzlichen Vertreter die Beschwerde an die Schulaufsichtsbehörde zu.

§ 11. Die Kosten, welche durch die Ueberführung des Kindes, durch reglementsmäßige erste Ausstattung, durch die Beerdigung des in der

Anstalt verstorbenen und durch die Rückreise des entlassenen Kindes entstehen, fallen dem Ortsarmenverband, in welchem es seinen Unterstützungswohnsitz hat, zur Last. Ist ein solcher Ortsarmenverband nicht vorhanden, so fallen diese Kosten dem verpflichteten Kommunalverbande zur Last. Die übrigen Kosten des Unterhalts, des Unterrichts und der Erziehung tragen die Kommunalverbände.

§ 12. Die Kommunalverbände sind berechtigt, die Erstattung der ihnen erwachsenen Kosten von dem Kinde selbst oder von dem auf Grund des Bürgerlichen Rechts zu seinem Unterhalte Verpflichteten zu fordern. Die Kosten der allgemeinen Verwaltung, des Baues und der Unterhaltung der von den Kommunalverbänden errichteten Anstalten sowie die Kosten für den Unterricht und die Erziehung bleiben hierbei außer Ansatz.

Dieselbe Berechtigung steht den Ortsarmenverbänden hinsichtlich der ihnen zur Last fallenden Kosten zu.

Wird gegen den Erstattungsanspruch Widerspruch erhoben, so beschließt darüber auf Antrag des Kommunalverbandes oder Ortsarmenverbandes der Bezirksausschuß. Der Beschluß ist vorbehaltlich des ordentlichen Rechtsweges endgültig.

Können die nach Abs. 1 erstattungsfähigen Kosten des Unterhalts nicht oder nur teilweise aus dem Vermögen des Kindes oder durch seine unterhaltspflichtigen Angehörigen gezahlt werden, so sind die Kommunalverbände berechtigt, sofern es sich nicht um ein landarmes Kind handelt, den nicht gedeckten Teil dieser Kosten nach den Vorschriften des § 31 a des Gesetzes vom 11. Juli 1891 (Gesetzsammlung S. 301) von dem endgültig unterstützungspflichtigen Ortsarmenverbande zu verlangen. Die Erstattung erfolgt durch Vermittlung des Kreises, welchem dieser Ortsarmenverband angehört. Der Kreis ist verpflichtet, dem Ortsarmenverbande mindestens zwei Drittel der von letzterem aufzubringenden Kosten als Beihilfe zu gewähren.

Streitigkeiten zwischen den Ortsarmenverbänden und den zur Beihilfe verpflichteten Kreisen werden nach § 31 c a. a. O. entschieden.

§ 13. Die Kommunalverbände haben die erforderlichen Reglements über die Ausführung des Gesetzes zu erlassen, wegen deren Genehmigung die Bestimmungen des § 120 der Provinzialordnung vom 29. Juni 1875 sinngemäß Anwendung finden. In denselben sind auch Bestimmungen über die Höhe der zu erstattenden Kosten zu treffen.

§ 14. Die zuständige Schulaufsichtsbehörde bestimmt der Minister der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten. Im übrigen werden der Minister der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten und der Minister des Innern mit der Ausführung des Gesetzes beauftragt.

§ 15. Alle diesem Gesetz entgegenstehenden Bestimmungen werden aufgehoben.

§ 16. Das Gesetz tritt am 1. April 1912 in Kraft.

In den ersten fünf Jahren nach diesem Zeitpunkte können, wenn besondere Gründe vorliegen, Ausnahmen von der Schulpflicht oder ihrer Dauer (§§ 1 und 2) von der Schulaufsichtsbehörde nachgelassen werden.

Die am 1. April 1912 von den verpflichteten Kommunalverbänden bereits beschulten blinden und taubstummen Kinder unterliegen von diesem Tage ab der Schulpflicht, ohne daß es eines Beschlusses gemäß § 4 dieses Gesetzes bedarf.

B. Grossherzogtum Hessen.

Die Verleihung neuer oder die Wiederverleihung heimgefallener Apothekenkonzessionen an Gemeinden oder Kreise. Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 8. Juli 1911.

Mit Allerh. Genehmigung seiner Königlichen Hoheit des Großherzogs bestimmen wir über die Verleihung neuer oder die Wiederverleihung heimgefallener Apothekenkonzessionen an Gemeinden oder Kreise das Nachstehende:

§ 1. Die Verleihung der Konzession für eine neu zu errichtende Apotheke und die Wiederverleihung einer heimgefallenen, unentgeltlich verliehen gewesenen Apothekenkonzession kann nach dem Ermessen des Ministeriums des Innern, außer an einen Apotheker, auch an eine oder mehrere Gemeinden oder an einen Kreis erfolgen, wenn diese darum nachsuchen.

§ 2. Bei Erteilung einer neuen Apothekenkonzession wird in der Urkunde über die Konzession zur Errichtung der Apotheke der grundbuch-

zu bezeichnende Platz der neuen Apotheke und die Frist für deren Eröffnung bestimmt. Der Eröffnung der Apotheke hat deren Abnahme durch die Aufsichtsbehörde vorauszugehen.

§ 3. Die nach § 1 erteilte Konzession kann aus Gründen des öffentlichen Interesses ohne Entschädigungsleistung widerrufen werden.

§ 4. Die mit einer Apothekenkonzession beliehene Körperschaft hat die Apotheke an einen approbierten Apotheker zu verpachten.

Der zwischen dem Konzessionsträger und dem Pächter abzuschließende Pachtvertrag bedarf der Genehmigung durch das Ministerium des Innern.

§ 5. Die Verpachtung wird von der Ministerialabteilung für öffentliche Gesundheitspflege in der „Darmstädter Zeitung" öffentlich bekanntgegeben mit der Aufforderung, Bewerbungen unter Vorlage der erforderlichen persönlichen Ausweise bis zu dem in der Bekanntmachung zu bestimmenden Zeitpunkt einzureichen. Spätere Meldungen können nur ausnahmsweise berücksichtigt werden.

Die vorzulegenden Ausweise sind:

a. ein eigenhändig geschriebener Lebenslauf; b. die Zeugnisse über die Lehrlings- und Gehilfenzeit; c. die Approbationsurkunde; d. der Nachweis über die Beschäftigung nach erlangter Approbation; e. die von den Polizeibehörden der Aufenthaltsorte nach erfolgter Approbation ausgestellten Führungszeugnisse; f. ein Staatsangehörigkeitsausweis.

Die nach d. auszustellenden Zeugnisse müssen dann eine genaue Angabe über die jedesmalige Dauer der Beschäftigung enthalten, wenn der Bewerber, abgesehen von den notwendigen und ortsüblichen Erholungspausen, nicht fortgesetzt, sondern nur aushilfsweise während einzelner Tage im Apothekenbetrieb tätig war.

Die unter b. bis d. geforderten Ausweise sind in Urschrift oder in beglaubigter Abschrift vorzulegen.

Die in b. und d. bezeichneten Zeugnisse und Nachweise sind, nach der Zeit geordnet und geheftet, mit einem Inhaltsverzeichnis zu versehen, in dem die Zeitdauer ersichtlich gemacht ist, auf die sich jeder Ausweis bezieht.

§ 6. Von der Bewerbung ist ausgeschlossen:

a. wer eine gerichtliche Bestrafung erlitten hat, bei der zugleich auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt worden ist;

b. wer nicht während der letzten fünf Jahre vor der Bewerbung mindestens drei Jahre lang in Apotheken des Deutschen Reichs beschäftigt gewesen ist. Bei der Berechnung der dreijährigen Beschäftigungszeit bleiben Zeitabschnitte unter drei Monaten außer Betracht, sofern nicht die Unterbrechungen durch Krankheit oder eine andere als entschuldbar anzusehende Veranlassung bedingt waren.

§ 7. Unter den Bewerbern wählt das Ministerium des Innern den Pächter der Apotheke nach freiem Ermessen aus.

Bei gleicher Befähigung soll in der Regel derjenige den Vorzug erhalten, dem die Approbation als Apotheker früher als seinem Mitbewerber erteilt worden ist.

Hierbei kann eine mit einwandfreien Zeugnissen belegte Tätigkeit als Assistent an einem pharmazeutischen Institut einer Universität oder einer technischen Hochschule des Deutschen Reichs bis zur Dauer von vier Jahren auf das Approbationsalter angerechnet werden.

Diejenige Zeit, während deren der Bewerber außerhalb seines Berufs tätig oder in einer Apotheke außerhalb des Deutschen Reichs über die Dauer von drei Jahren hinaus beschäftigt war, wird an dem Approbationsalter in Abzug gebracht.

Bewerber, die sich im Besitz einer Apotheke befinden oder befunden haben, können nur ausnahmsweise beim Vorhandensein ganz besonderer Umstände und sofern jener Besitz mindestens zehn Jahre gedauert hat, berücksichtigt werden.

Falls die Pacht der Apotheke einem Bewerber, der sich im Besitz einer Apotheke befindet, übertragen werden sollte, so hat er sich innerhalb einer vom Ministerium des Innern festzusetzenden Frist seiner Apotheke zu entäußern.

§ 8. Alle entgegenstehenden älteren Vorschriften werden hiermit aufgehoben.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr 19. 5. Oktober. 1911.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Deutsches Reich.

Ablehnung von Medizinalpraktikanten aus konfessionellen Gründen. Bescheid des Reichskanzlers an den preuß. Aerztekammerausschuß vom 9. Juni 1911.

Bei Erlaß der Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901 ist es nicht beabsichtigt gewesen, für die zur Annahme von Medizinalpraktikanten ermächtigten Anstalten die Verpflichtung zu schaffen, der Meldung des Praktikanten im Einzelfalle zu entsprechen. Zu einem behördlichen Eingriff in die den Kandidaten wie den Anstalten eingeräumte wechselseitige Freiheit von Meldung und Annahme scheint mir um so weniger Veranlassung vorzuliegen, als die Zahl der in Preußen vorhandenen Praktikantenstellen diejenige der geprüften Kandidaten um weit mehr als das Doppelte übersteigt und es daher jedem Kandidaten möglich sein dürfte, eine seinen Wünschen entsprechende Praktikantenstelle zu finden. Ein behördliches Vorgehen im Sinne der Eingabe würde nur dazu beitragen, auf dem seinem Wesen nach konfessionell neutralen Gebiete der ärztlichen Vorbildung konfessionelle Gegensätze zu schaffen oder zu beleben. Ich möchte daher von einem Vorgehen in dieser Richtung absehen.

B. Königreich Preussen.

Gebühren der Kreisärzte für Teilnahme an den Prüfungen der Hebammenschülerinnen. Erlaß des Ministers des Innern vom 7. September 1911 — M. 1613 — an den Herrn Regierungspräsidenten in Erfurt.

Nach § 60 Abs. 6 der Dienstanweisung ist der Kreisarzt verpflichtet, auf Erfordern an der Prüfung der Hebammenschülerinnen nach Beendigung ihrer Ausbildung in der Hebammenlehranstalt als Examinator teilzunehmen. Diese Bestimmung stellt sich als eine Erweiterung der dem Kreisarzte als solchem obliegenden Aufgaben (§ 34 Abs. 2 der Dienstanweisung) dar. Es stehen ihm daher für die Teilnahme an jenen Prüfungen Gebühren aus der Staatskasse nach § 1 des Gesetzes vom 14. Juli 1909 nicht zu.

Ein Gebührenanspruch des Regierungs- und Medizinalrats für die Leitung der gedachten Prüfungen kommt nicht in Frage.

Gemeinverständliche Belehrung über die Krätze. Erlaß des Ministers des Innern vom 22. August 1911 — M. 11983 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euerer Hochwohlgeboren übersende ich anliegend ergebenst zur gefälligen Kenntnisnahme 10 Exemplare der hier ausgearbeiteten gemeinverständlichen Belehrung über die Krätze. Wegen der Bestellung eines etwaigen Bedarfs verweise ich auf die Bestimmungen des Erlasses vom 20. Mai 1908 — M. 11718, I. Angl. — Ministerialblatt für Medizinal- pp. Angelegenheiten; S. 243.

Gemeinverständliche Belehrung über die Krätze.

Die Krätze ist eine übertragbare Hautkrankheit, die durch die Krätzmilbe, ein Insekt aus der Klasse der Spinnentiere, verursacht wird.

1. Die Krätzmilbe (Sarcoptes scabiei) ist mit bloßem Auge als ein kleines weißes glänzendes Pünktchen eben erkennbar; schon bei Lupenvergrößerung sieht man an dem eiförmig gestalteten Tier eine Reihe von Fortsätzen, die dem Kopf, den vier teils mit Haftscheiben, teils mit Borsten versehenen Fußpaaren und den am Hinterende des Tieres befindlichen Borsten

entsprechen. Das Männchen ist nur etwa halb so groß als das Weibchen; es bohrt sich in die Haut des Menschen ein und stirbt nach der Begattung bald ab. Das Weibchen bohrt sich nach der Begattung durch die verhornte Schicht der Oberhaut des Menschen und wühlt sich in dieser parallel zur Oberfläche Gänge. In diesen Gängen legt es, immer weiter sich fortgrabend, täglich 1 bis 2, im ganzen bis 50 Eier, aus denen nach 12 Tagen junge Krätzmilben auskriechen, die den Gang verlassen und sich in etwa 3 bis 4 Wochen durch mehrfache Häutungen zu geschlechtsreifen Milben entwickeln.

2. Die erste und hervorstechendste Erscheinung der Krätze ist ein äußerst starkes Jucken, das durch den Reiz, den die Milben und ihre Ausscheidungen auf die Nervenendigungen ausüben, verursacht wird. Mit der Vermehrung der Milben nimmt das Jucken, das zunächst durch leichtes Kratzen gelindert werden kann, immer mehr an Ausdehnung und Stärke zu, sodaß die Befallenen bald in recht energischer Weise ihre Haut bearbeiten. Besonders stark ist das Jucken unmittelbar nach dem Schlafengehen, da sich die Milben in der Bettwärme lebhafter bewegen.

Dem geübten Arzt gelingt es meist, bei Krätzekranken die Milbengänge aufzufinden. Sie stellen sich als hellgraue oder infolge des Eindringens von Schmutz schwärzliche gekrümmte schmale Strafen von einer Länge bis zu 2 cm, selten mehr, dar, an deren Ende manchmal die Milbe als ein kleiner weißer Punkt durchschimmert. Ihr Lieblingssitz sind die zarten Hautfalten zwischen den Fingern und die Seitenflächen der Finger, die Kleinfingerseite der Hand und die Beugeseite des Handgelenks, die vordere Begrenzung der Achselhöhle, die Ellbogen, die Gegend um den Nabel und oberhalb des Hüftgelenks, die Gesäßfalten, der Fußrücken und innere Fußrand sowie bei Frauen die Umgegend der Brustwarzen, bei Männern die Geschlechtsteile, bei kleinen Kindern die Handflächen und Fußsohlen.

3. Durch den Reiz, den die Milben und ihre Ausscheidungen auf die Haut ausüben, kommt es in der Umgebung der Gänge zu Entzündungen, durch welche die Gänge nicht selten über die Haut erhoben werden und von roten Streifen umgeben erscheinen. Oft entstehen unter und neben den Gängen sowie auch in der nicht von Gängen durchsetzten Haut Bläschen und Pusteln, die mitunter vereitern. Zu diesen durch die Milben hervorgerufenen Erscheinungen treten noch die mannigfaltigen Hautabschürfungen, Rötungen, Entzündungen und Borkenbildungen, die durch das Kratzen der Haut entstehen. Bei längerem Bestehen der Krätze kommt es auch zuweilen zu tiefergehenden Eiterungen. In seltenen Fällen entwickelt sich bei Vernachlässigung der Krankheit die „Krustenkrätze" oder „Norwegische Krätze", bei der die Haut stellenweise von dicken Krusten bedeckt ist, die außer der Hautabsonderungen und Schmutz aus zahlreichen toten und lebenden Milben und Milbeneiern bestehen und unter denen die Haut dicht von Milbengängen durchsetzt ist.

4. Auch das Allgemeinbefinden und die Leistungsfähigkeit des Menschen wird durch die Krätze erheblich beeinträchtigt. Insbesondere bei Kindern bewirkt der beständige Juckreiz, daß der Schlaf und Appetit stark leidet und sie bald mager und blaß aussehen. Manchmal kommt es bei der Krätze auch zu Reitzungen und Erkrankungen der Nieren, die gewöhnlich mit der Beseitigung der Milben wieder verschwinden.

5. Die Uebertragung der Krätze erfolgt meist von einem Menschen auf den andern; es ist hierbei weniger eine gelegentliche kurze Berührung, wie ein Händedruck zu fürchten als vielmehr eine längere und ausgiebigere, wie sie insbesondere bei Benutzung derselben Schlafgelegenheit durch mehrere Personen zustande kommt.

Aber auch durch Bettwäsche, Leibwäsche oder Kleidungsstücke können Krätzemilben bezw. ihre Eier von einer Person auf die andere übertragen werden. Begünstigt wird die Verbreitung der Krankheit in jedem Falle durch Unsauberkeit, wie denn auch die Krätze bei unsauberen Personen infolge einer weit stärkeren Vermehrung und Ausbreitung der Milben viel schwerer auftritt.

6. Die Krätze ist im Krankenhause in der Regel in 3 bis 6 Tagen dauernd zu heilen. Im eigenen Haushalt ist die Durchführung einer Krätzekur viel schwieriger und der Erfolg unsicherer, zumal wenn keine Badeeinrichtung zur Verfügung steht. Wenn vom Arzt bei einem Kranken Krätze festgestellt ist, müssen sogleich alle zur Familie gehörenden oder sonst in dem-

selben Haushalt wohnenden Personen ärztlich auf etwaiges Vorhandensein von Krätze untersucht werden. Nach Durchführung der Kur bleibt häufig noch längere Zeit Hautjucken bestehen, bis die vielfachen, durch Kratzen erzeugten Verletzungen abgeheilt sind. Nur in seltenen Fällen tritt die Krätze nach einer gründlichen Behandlung, ohne daß eine neue Ansteckung stattfand, wieder auf, wenn einige Milbeneier bei der Kur der Vernichtung entgingen.

7. Keine an Krätze oder krätzeverdächtigen Erscheinungen erkrankte Person darf mit anderen Personen das gleiche Bett benutzen. Jeder Krätzekranke hat nach Möglichkeit die nähere Berührung mit Gesunden zu vermeiden und sich insbesondere des geschlechtlichen Verkehrs zu enthalten, da durch diesen besonders leicht die Uebertragung der Krätze verursacht wird. Die gleichen Vorsichtsmaßregeln sind von Personen zu beachten, die eben erst eine Krätzekur durchgemacht haben und noch Jucken verspüren.

8. Wäsche und Kleidungsstücke Krätzekranker dürfen von Gesunden nicht benutzt werden, bevor sie einer gründlichen Reinigung und Desinfektion unterworfen sind: Insbesondere ist auch alsbald eine Desinfektion der Bett- und Leibwäsche sowie der Kleidungsstücke und Betten vorzunehmen, wenn sich ein Krätzekranker zur Behandlung in ein Krankenhaus begibt oder sich sonst einer Krätzekur unterzieht, damit er sich nicht aufs neue an seinen eigenen Sachen ansteckt.

Die Desinfektion der Wäsche, Kleidungsstücke und Betten kann durch strömenden Dampf oder durch desinfizierende Flüssigkeiten erfolgen; in jedem Fall ist mit der Desinfektion eine gründliche Reinigung und Lüftung zu verbinden, da durch die Reinlichkeit die Ansiedlung der Milben sehr erschwert wird. In Wäschestücken werden die Milben auch durch Aufkochen mit Wasser sicher abgetötet.

9. Auch die Krätze der wilden und Haustiere kann gelegentlich auf den Menschen übertragen werden; es sind in diesem Falle dieselben Vorsichtsmaßregeln zu beachten. Im allgemeinen verlaufen diese Erkrankungen beim Menschen leichter als die Menschenkrätze.

Krankenhausapotheken. Erlaß des Ministers des Innern vom [illegible]. September 1911 — M. 7037 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach § 50 Absatz 2 der Apothekenbetriebsordnung vom 18. Februar 1902 (Min.-Bl. f. Med.-Ang., S. 63) müssen für Krankenhausapotheken, in denen kein approbierter Apotheker tätig ist, sämtliche Arzneimittel aus einer Apotheke im Deutschen Reich entnommen werden.

Ich nehme Veranlassung, diese Vorschrift, die nicht überall Beachtung findet, in Erinnerung zu bringen Ew. pp. zu ersuchen, auf ihre genaue Befolgung gefälligst hinzuwirken.

C. Königreich Bayern.

Einrichtung und Betrieb der Metallbeizereien. Bekanntmachung des K. Staatsministeriums des Königlichen Hauses und des Aeußern vom 14. Juli 1911. An die K. Regierungen, Kammern des Innern, die Distrikts- und Ortspolizeibehörden, sowie an die K. Gewerberäte.

Zur Herbeiführung einer Verbesserung des Arbeiterschutzes in Metallbeizereien (Metallbrennen) werden in der Anlage „Grundsätze für die gewerbepolizeiliche Ueberwachung der Metallbeizereien (Metallbrennen)“ bekanntgegeben, die sich im wesentlichen an die von der K. Preußischen Technischen Deputation für Gewerbe ausgearbeiteten Grundsätze anschließen und den K. Gewerberäten als Anhalt für ihre Maßnahmen bei Anlage und Kontrolle der ihrer Aufsicht unterstehenden industriellen und gewerblichen Betriebe dienen sollen. Die K. Gewerberäte sind bei Anwendung dieser Grundsätze keineswegs an deren Wortlaut gebunden, haben vielmehr für jeden einzelnen Betrieb selbständig zu prüfen, welche Anforderungen darin mit Rücksicht auf die Sicherheit der Arbeiter gestellt werden müssen.

Eine nachahmenswerte Einrichtung zum Schutze der Arbeiter gegen nitrose Gase, die sich allerdings nur für größere Betriebe eignen wird, ist in der Zeitschrift des Vereins Deutscher Ingenieure, Jahrgang 1910, S. 1279 ff. beschrieben.

Grundsätze für die gewerbepolizeiliche Ueberwachung der Metallbeizereien (Metallbrennen).

1. Metallbeizereien (Metallbrennen) zum Beizen von Metallen mit Salpetersäure müssen von den sonstigen Arbeits- und von Wohnräumen durch dichte Wände abgetrennt und so angeordnet sein, daß keine schädlichen Gase in andere Arbeits- und in Wohnräume gelangen können. Verbindungsöffnungen mit anderen Arbeits- und mit Wohnräumen sind durch selbsttätig zufallende, dicht schließende Türen geschlossen zu halten.

2. Der Fußboden der Beizerei ist aus säurebeständigem Stoff (Steinplatten, harten Klinkern, Asphalt und dergl., nicht Zement) undurchlässig und so herzustellen, daß Säuren und säurehaltige Spülwasser nach Sinklöchern ablaufen müssen. Der Anschluß des Fußbodens an die Umfassungswände ist säurefest und so herzustellen, daß letztere von Säure nicht zerstört werden können. Der Fußboden und die Seitenwände müssen durch Abspritzen mit Wasser dauernd sauber gehalten werden. Die Sinklöcher sind durch säurebeständige Rohrleitungen (glasierte Tonröhren und dergl., nicht Zementröhren) mit einem ebenfalls säurebeständigen Sammelbehälter zu verbinden, in welchem sie vor weiterer Ableitung durch Kalk oder auf andere Weise neutralisiert werden.

3. Die zum Beizen benutzten Säuregefäße müssen auf säurefestem Untergrund und wenn nicht auf andere Weise für den Schutz der Arbeiter gesorgt ist, so hoch aufgestellt werden, daß die Arbeiter durch die Säure und die Dämpfe möglichst wenig gefährdet werden.

4. Metallbeizereien müssen durch Tageslicht und bei Dunkelheit durch künstliche Beleuchtung so gut erhellt sein, wie es die Sicherheit des Betriebs erfordert.

5. Die Säuredämpfe sind an der Entstehungsstelle in wirksamer Weise abzufangen und so abzuführen, daß sie nicht in Wohn- oder Arbeitsräume dringen können.

6. Das Ansetzen der Säure darf nur unter einem gut wirkenden Abzug erfolgen. Bei Nichtbenutzung der Beizerei sind die Säuregefäße dicht abzudecken.

7. In der Beizerei selbst dürfen organische Stoffe, wie Papier, Holz, Stroh, Kohlen, Gewebe und dergl., nicht aufbewahrt werden.

8. Jugendliche Arbeiter dürfen in der Beizerei nicht beschäftigt werden. Doch ist in Handwerksbetrieben die Heranziehung jugendlicher Arbeiter zu Beizarbeiten insoweit nicht zu beanstanden, als die Lehrlingsausbildung in Frage steht und die Beschäftigung unter entsprechender Anweisung und Beaufsichtigung durch den Meister erfolgt.

Den Beizarbeitern sind Schutzmittel, wie Gummihandschuhe und dergl., zur Verfügung zu stellen.

9. Der Genuß von Branntwein ist in der Beizerei zu untersagen. Personen, die zu übermäßigem Genusse von Spirituosen neigen, sind von der Beschäftigung in der Beizerei auszuschließen.

10. Als Gegenmittel gegen Einatmung von nitrosen Dämpfen ist die Möglichkeit der Sauerstoffatmung vorzusehen. Wo Einrichtungen dieser Art nicht vorhanden sind, ist eventuell durch Anschlag auf die Sauerstoff- und Wiederbelebungsapparate der nächsten Feuerwache hinzuweisen.

11. In der Beizerei ist auf die Gefahr der Vergiftung durch Einatmung nitroser, rotbrauner Dämpfe mittels auffallenden Anschlags eindringlich aufmerksam zu machen und anzuraten, nach Einatmung größerer Mengen dieser Dämpfe, auch bei scheinbarem Wohlbefinden, sofort den Arzt aufzusuchen und Gegenmittel anzuwenden.

12. Für den Anschlag wird folgender Wortlaut empfohlen:

„Vorsicht!

Die Dämpfe der Salpetersäure, besonders die rotbraunen, sind giftig. Es ist lebensgefährlich, sie einzuatmen, da sie die Lunge angreifen.

Nicht unter die Abzugshaube beugen!

Wer Säuredämpfe in größerer Menge eingeatmet hat, suche, auch wenn er sich scheinbar wohlbefindet, sofort den Arzt auf.

Auslaufende Säure ist sofort mit viel Wasser zu verdünnen und fortzuspülen.“

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr 20. 20. Oktober. 1911.

Medizinal-Gesetzgebung.

Königreich Preussen.

Gebühren der Kreisärzte für vertrauensärztliche Verrichtungen. Erlaß des Ministers des Innern vom 8. September 1911 — M. Nr. 1295 — an den Königl. Kreisarzt in N.

In dem Erlasse des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 10. Dezember 1909 (Min.-Bl. 1910, S. 4) ist dargelegt, daß die vertrauensärztlichen Verrichtungen der Kreisärzte (§ 115 der Dienst-Anw.) keine „amtlichen" im Sinne des Gesetzes, betr. die Gebühren der Medizinalbeamten, vom 14. Juli 1009 sind. Der diesem Gesetze beigegebene Tarif gilt aber grundsätzlich nur für die amtlichen Gebühren (vgl. Nr. 1 der allgemeinen Bestimmungen und Ueberschrift zu B des Tarifs). Nur wo er, über den sonstigen Gesetzesinhalt hinausgehend, Positionen für vertrauensärztliche Verrichtungen ausdrücklich enthält, ist er für solche anwendbar.

Feuerbestattung. Gesetz vom 14. September 1911.

§ 1. Die Feuerbestattung darf nur in landespolizeilich genehmigten Anlagen erfolgen.

§ 2. Die Genehmigung darf nur Gemeinden und Gemeindeverbänden oder solchen anderen Körperschaften des öffentlichen Rechtes, denen die Sorge für die Beschaffung der öffentlichen Begräbnisplätze obliegt, erteilt werden, sofern die nach den bestehenden Staats- oder Kirchengesetzen erforderliche Zustimmung der für die Körperschaft zuständigen Aufsichtsbehörde vorliegt.

§ 3. Die Genehmigung ist zu versagen:

1) wenn nicht dafür gesorgt ist, daß neben der Feuerbestattung auch die Beerdigung Verstorbener dauernd in bisheriger Weise stattfinden kann;

2) wenn die Einrichtungen den technischen Anforderungen nicht entsprechen;

3) wenn die äußere oder innere Ausgestaltung der dem Zwecke entsprechenden Würde ermangelt;

4) wenn sich bei der Anlage geeignete Räume und Einrichtungen zur Unterbringung von Leichen, zur Vornahme von Leichenöffnungen, zur Abhaltung von Trauerfeierlichkeiten und zur Beisetzung der Aschenreste (Urnenhalle, Urnengrabstellen) nicht befinden oder wenn das Grundstück einer angemessenen Einfriedigung entbehrt;

5) wenn Bedenken in polizeilicher, insbesondere bau-, feuer- oder gesundheitspolizeilicher Hinsicht entgegenstehen;

6) wenn Tatsachen vorliegen, welche die Annahme rechtfertigen, daß durch die örtliche Lage oder Beschaffenheit der Anlage für das Publikum oder für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke erhebliche Nachteile oder Belästigungen entstehen;

7) wenn nicht von den im § 2 genannten Körperschaften der Antrag von mindestens Zweidrittelmehrheit beschlossen worden ist.

Die Genehmigung ist zurückzuziehen, wenn einer der im Abs. 1 Nr. 1 bis 4 aufgeführten Versagungsgründe nachträglich eintritt.

§ 4. Die Benutzung der Anlage darf nur nach Maßgabe einer von der staatlichen Aufsichtsbehörde der Körperschaft genehmigten Gebrauchsordnung erfolgen. Die Gebrauchsordnung muß den Gebührentarif für die Benutzung der Einrichtungen enthalten; sofern jedoch hinsichtlich der Festsetzung der Gebühren für die Benutzung der von der Körperschaft im öffentlichen Interesse unterhaltenen Veranstaltungen besondere gesetzliche Vorschriften bestehen, bleiben diese unberührt. Die Gebühren sind so zu bemessen, daß sie die

Kosten der Einrichtung einschließlich Verzinsung und Tilgung, der Erhaltung und Verwaltung der Anlage decken.

§ 5. Der Genehmigung der staatlichen Aufsichtsbehörde bedarf es, wenn das Grundstück, auf welchem die Anlage errichtet ist, ganz oder teilweise zu einem anderen Zwecke verwendet werden soll.

§ 6. Die Aschenreste von verbrannten Leichen müssen in einem für jede Leiche besonderen, behördlich verschlossenen Behältnis entweder in der Urnenhalle (Urnengrab) (§ 3 Nr. 4) oder in einer anderen behördlich genehmigten Bestattungsanlage beigesetzt werden.

§ 7. Zur Vornahme der Feuerbestattung ist in jedem Falle mindestens 24 Stunden vorher die Genehmigung der Ortspolizeibehörde des Verbrennungsortes einzuholen.

Antragsberechtigt ist jeder Bestattungspflichtige.

Die Genehmigung ist schriftlich zu erteilen; sie muß versagt werden, wenn nicht beigebracht sind:

1. die amtliche Sterbeurkunde,
2. die amtsärztliche Bescheinigung über die Todesursache (§ 8),
3. der Nachweis, daß der Verstorbene die Feuerbestattung seiner Leiche angeordnet hat (§ 9),
4. die Bescheinigung der Ortspolizeibehörde des Sterbeorts oder des letzten Wohnorts des Verstorbenen, daß keine Bedenken gegen die Feuerbestattung bestehen, daß insbesondere ein Verdacht, der Tod sei durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden, nicht vorliegt.

§ 8. Die amtsärztliche Bescheinigung über die Todesursache (§ 7 Abs. 3 Nr. 2) ist auf Grund der Leichenschau auszustellen, und muß die Erklärung enthalten, daß ein Verdacht, der Tod sei durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden, sich nicht ergeben hat.

War der Verstorbene in der dem Tode unmittelbar voraufgegangenen Krankheit ärztlich behandelt worden, so ist der behandelnde Arzt zu der Leichenschau zuzuziehen und sein Gutachten über die Todesursache in die Bescheinigung (Abs. 1) aufzunehmen.

War der zuständige beamtete Arzt zugleich der behandelnde Arzt, so ist die Bescheinigung von einem anderen beamteten Arzte auszustellen.

Vor der Erteilung der Bescheinigung ist die Leichenöffnung vorzunehmen, wenn einer der beteiligten Aerzte sie zur Feststellung der Todesursache für erforderlich hält.

§ 9. Der Nachweis, daß der Verstorbene die Feuerbestattung angeordnet hat (§ 7 Abs. 3 Nr. 3) kann erbracht werden:

1. durch eine letztwillige Verfügung des Verstorbenen,
2. durch eine mündliche Erklärung des Verstorbenen, die von einer zur Führung eines öffentlichen Siegels berechtigten Person als in ihrer Gegenwart abgegeben beurkundet ist.

Die Anordnung ist nur wirksam, wenn der Verstorbene sie nach vollendetem 16. Lebensjahre getroffen hatte, sie kann nicht durch einen Vertreter getroffen werden; stand jedoch der Verstorbene unter elterlicher Gewalt und hatte er nicht das 16. Lebensjahr vollendet, so tritt der Antrag des Inhabers der elterlichen Gewalt an die Stelle der Anordnung.

§ 10. Ueber Beschwerden gegen Verfügungen der Polizeibehörden auf Grund des § 7 hat die vorgesetzte Dienstbehörde binnen einer Frist von 24 Stunden endgültig zu entscheiden.

§ 11. Mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft wird bestraft, wer ohne Beachtung der Vorschriften der §§ 7 bis 9 die Verbrennung einer Leiche vornimmt oder wer der Vorschrift des § 6 zuwiderhandelt.

Ausführungsanweisung zum Feuerbestattungsgesetz. R.-Erlaß des Ministers des Innern vom 29. September 1911 — IId 2209 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euer pp. erhalten beifolgend die zur Ausführung des Gesetzes betr. die Feuerbestattung vom 14. September 1911 (G.-S. S. 193) erlassenen Anweisungen vom 29. September d. J. in . . . Druckexemplaren mit dem Ersuchen, sie im dortigen Amtsblatt alsbald zu veröffentlichen, auch die beteiligten nachgeordneten Behörden unter Hinweis auf das Gesetz und die Ausführungsanweisung in geeigneter Weise mit Instruktion zu versehen.

Nach Jahresfrist will ich Ihrem Bericht darüber entgegensehen, ob und

für welche Feuerbestattungsanlagen in Ihrem Bezirk die landespolizeiliche Genehmigung nachgesucht und erteilt worden ist, auch in welcher Zahl in solchen Anlagen bereits Feuerbestattungen stattgefunden haben.

Auf die im Anschlusse hieran unterm heutigen Tage erlassene Anordnung wegen der Ausstellung von Leichenpässen für die Beförderung von Leichen von im Inlande verstorbenen Personen außerhalb Preußens weise ich hiermit noch besonders hin.

Anweisung zur Ausführung des Gesetzes, betreffend die Feuerbestattung, vom 14. September 1911.

I.

Das Gesetz erkannt die Feuerbestattung von Leichen als eine in Preußen zulässige Art der Totenbestattung neben der bisher allein üblich gewesenen Beerdigung an und regelt die Voraussetzungen, unter welchen sie vorgenommen werden darf. Es ergibt sich daraus, daß die für die Leichenbestattung jeweilig bestehenden allgemeinen gesetzlichen und Verwaltungsvorschriften auch für die der Feuerbestattung zuzuführenden Leichen Geltung haben, soweit nicht die der Eigenart der Feuerbestattung rechnungtragenden Sonderbestimmungen dem entgegenstehen. Zu diesen allgemeinen, auch für die Feuerbestattung platzgreifenden Bestimmungen gehören u. a. die auf die Beerdigung lautenden Vorschriften des § 60 des Gesetzes über die Beurkundung des Personenstandes vom 6. Februar 1875, der §§ 168 und 367 Ziff. 1 und 2 des R. St. G. B. und der §§ 87 Abs. 3 und 157 der R. St. P. O.; ferner die in den Reichs- und Landesgesetzen sowie in den Ausführungsverordnungen und Anweisungen dazu enthaltenen Vorschriften hinsichtlich der Behandlung der Leichen von Personen, die an einer übertragbaren Krankheit gestorben sind, die Vorschriften im § 9 des Reichsvereinsgesetzes vom 16. April 1908 und die daraus sich ergebenden Folgerungen bezüglich des Haltens von Leichenreden u. a. m. Sinngemäße Anwendung auf Privatbestattungsplätze, die für die Beisetzung von Aschenresten von der Feuerbestattung unterliegenden Leichen bestimmt sind, finden auch die Vorschriften wegen der behördlichen Genehmigung von Begräbnisplätzen und wegen deren Voraussetzungen. Inwieweit auf diese Vorschriften bei der Beurteilung der Anträge auf Genehmigung von Feuerbestattungsanlagen, insbesondere bei Prüfung der unter den Ziffern 5 und 6 des § 3 des Gesetzes erwähnten Bedingungen zurückzugreifen ist, muß sich aus der Natur der Sache und den örtlichen Verhältnissen im Einzelfalle ergeben.

Nicht zur Anwendung auf die Feuerbestattungsanlagen kommen dagegen die in einzelnen Bezirken des Staats bestehenden Vorschriften über die Leichenschau, soweit diese durch die im Gesetze unter § 8 angeordnete und gemäß der Anlage 2 zu dieser Anweisung vorzunehmende Leichenschau ersetzt werden.

Unberührt bleiben die Rechtsverhältnisse der Religionsgesellschaften und Gemeinden, hinsichtlich der in ihrem Eigentum stehenden Friedhöfe, insbesondere auch hinsichtlich deren bestimmungsmäßigen Benutzung und der in diesen Beziehungen bestehenden kirchlichen Aufsichtsrechte.

II.

1. Unter den Anlagen, in welchen gemäß § 1 des Gesetzes die Feuerbestattung soll erfolgen können, sind sowohl die Einrichtungen für die Vornahme der Leichenverbrennung, wie auch alle unter Ziffer 4 des § 3 des Gesetzes aufgeführten Nebenanlagen, insbesondere auch die für die Beisetzung der Aschenreste bestimmte Anlagen zu verstehen.

Zuständig für die Erteilung der Genehmigung ist der Regierungspräsident des Bezirks, in welchem die Anlagen errichtet werden sollen, im Landespolizeibezirk Berlin der Polizeipräsident von Berlin.

2. Nach der Bestimmung im § 2 des Gesetzes kann die Genehmigung zur Errichtung und Unterhaltung von Feuerbestattungsanlagen nur den daselbst aufgeführten Körperschaften des öffentlichen Rechts erteilt werden. Damit sind von dieser Berechtigung ausgeschlossen Privatpersonen, Vereine und Gesellschaften jeder Art und auch solche Körperschaften des öffentlichen Rechts, denen die Beschaffung von öffentlichen Begräbnisplätzen nicht obliegt. Das Vorliegen dieser Obliegenheit ist im Einzelfalle an der Hand des allgemeinen und des örtlichen Rechts zu prüfen. Nach dem bestehenden Recht kommen für die Berechtigung zur Antragstellung neben den politischen Gemeinden und Gemeindeverbänden im größten Teil der Monarchie die Kirchengemeinden der

im Gesetze über die Verhältnisse der Juden vom 23. Juli 1847 auch die jüdischen Synagogengemeinden in Betracht.

Die Vorschrift schafft hinsichtlich der als Voraussetzung für die landespolizeiliche Genehmigung (§ 1) erwähnten Genehmigung der über die Körperschaft zuständige Aufsichtsbehörde nicht neues Recht etwa nach der Richtung, daß nunmehr allgemein die Genehmigung der Aufsichtsbehörde zur Errichtung von Feuerbestattungsanlagen gefordert werden solle, sondern spricht nur aus, daß da, wo eine solche Aufsichtsgenehmigung nach dem bestehenden Recht gefordert wird, ihre Erwirkung die unerläßliche Grundlage für die Berechtigung zur Stellung des Antrages auf Genehmigung einer Feuerbestattungsanlage bildet; der Antrag also ohne weiteres und ohne materielle Prüfung hinsichtlich der Voraussetzungen des § 3 des Gesetzes zurückzuweisen ist, wenn die Genehmigung nicht beigebracht wird.

Unberührt bleiben hiernach Vorschriften, nach welchen Kirchengemeinden der öffentlich aufgenommenen Religionsgesellschaften zur Errichtung von Neubauten, also auch von Krematorien und deren Nebenanlagen, der Zustimmung der kirchlichen Aufsichtsbehörden bedürfen. Hier ist also die zuvorige kirchenaufsichtliche Genehmigung unerläßliche Voraussetzung für die Erteilung der landespolizeilichen Genehmigung. Bei Gemeinden und Gemeindeverbänden wird vornehmlich die für die Aufnahme von Anleihen erforderliche Genehmigung in Frage kommen, während für die jüdischen Synagogengemeinden die Bestimmung im § 48 des Gesetzes über die Verhältnisse der Juden vom Jahre 1847 maßgebend ist.

3. Aus dem Eingang des § 3 des Gesetzes geht hervor, daß, wenn den unter den Ziffern 1 bis 7 vorgesehenen Bedingungen genügt ist, die Genehmigung nicht versagt werden darf.

Dem Antrag auf Erteilung der Genehmigung sind die zur Erläuterung erforderlichen Zeichnungen und Beschreibungen beizufügen.

Zur Erleichterung der Prüfung, insbesondere auch hinsichtlich der unter Ziffer 6 a. a. O. enthaltenen Voraussetzungen, hat der Prüfung ein den Bestimmungen im § 17 der Reichsgewerbeordnung entsprechendes Publikationsverfahren voranzugehen. Darauf sind die Vorstände der Kirchengemeinden und der Synagogengemeinde, in deren Bezirk die Feuerbestattungsanlagen errichtet werden sollen, und, falls die Errichtung an der Grenze einer Kirchen- oder Synagogengemeinde beabsichtigt wird, auch die Vorstände der benachbarten Kirchen- oder Synagogengemeinden durch besonderes Schreiben hinzuweisen.

Die etwa angebrachten Einwendungen gegen die Anlage sind objektiv zu prüfen, ohne daß den Anbringern, abgesehen von der Aufsichtsbeschwerde, ein Rechtsmittel gegen die getroffene Entscheidung erwächst.

Hinsichtlich des zu erteilenden Bescheides ist gemäß der Vorschrift im letzten Satze des § 18 der Reichsgewerbeordnung zu verfahren.

Die Versagung, die Zurückziehung der Genehmigung, sowie die Erteilung derselben unter Bedingungen unterliegt als polizeiliche Verfügung den gegen diese gemäß § 130 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 gegebenen Rechtsmitteln.

Was die einzelnen nach § 3 des Gesetzes zu prüfenden Voraussetzungen für die Genehmigung anlangt, so wird darüber folgendes bemerkt:

a) Wenn unter Ziffer 1 als Bedingung für die Genehmigung gefordert wird, daß zugunsten der Anhänger der Erdbestattung dauernd für die Möglichkeit der Wahl dieser Bestattungsform gesorgt ist, so handelt es sich dabei nicht darum, in die bestehenden Verpflichtungen hinsichtlich der Beschaffung von Begräbnisplätzen einzugreifen; es bleibt vielmehr in der Regel nur zu prüfen, ob die Fortdauer der bisher als ausreichend anerkannten vorhandenen Einrichtungen gesichert oder deren Aufhören nicht vorauszusehen ist, auch ihre Benutzung im Vergleich zu dem bisherigen Zustande voraussichtlich keine Beeinträchtigung erfahren wird.

Das Vorliegen dieser Bedingung, bis zu deren Erfüllung die Erteilung der Genehmigung auszusetzen sein wird, muß von Amts wegen geprüft und gegebenenfalls herbeigeführt, nicht aber darf der die Genehmigung nachsuchenden Körperschaft der Nachweis dafür auferlegt werden.

Im übrigen wird auf die Bestimmung im zweiten Absatz des § 3 selbst, wo die Ziffer 1 mitaufgeführt ist, verwiesen.

b) Was die Anforderungen anlangt, die in technischer Hinsicht an die Feuer-

bestattungsanlagen zu stellen sind, so kommen dabei in erster Linie die Verbrennungsanlagen in Betracht. Bei der Prüfung wird die Genehmigungsbehörde sich der ihr zur Seite stehenden Medizinal-, Bau- und Gewerbeaufsichtsbeamten zu bedienen, gegebenenfalls auch außerhalb des Beamtenkreises stehende Sachverständige zu hören haben. Für alle Zeiten geltende Vorschriften können dafür nicht gegeben werden; die Anforderungen werden sich vielmehr nach dem jeweiligen Stande der Technik und den bei bestehenden Betrieben gemachten Erfahrungen zu richten haben. Im allgemeinen sind jedoch für die Beurteilung nachstehende Gesichtspunkte zu beachten.

Zur Erwärmung der Einäscherungsöfen dürfen keine Brennstoffe verwendet werden, die zur Bildung von Rauch oder Ruß Anlaß geben — also beispielsweise nicht Steinkohlen, Holz und andere unvergaste Brennstoffe, wohl aber Koks oder Gas.

Die Einäscherung darf nicht durch unmittelbare Einwirkung der Brennstoffe, sondern nur in besonderen Einäscherungskammern getrennt vom Feuerraum erfolgen. Die Verbrennungsprodukte der Feuerung dürfen während der Einäscherung weder in die Einäscherungskammer direkt eintreten, noch sie mittelbar beheizen. Die Einäscherung muß vielmehr in der auf genügende Temperatur erhitzten Einäscherungskammer unter Zuführung ausreichender, hoch vorzuwärmender Verbrennungsluft bewirkt werden. Die Verbrennung in der Einäscherungskammer muß vollkommen sein und in ununterbrochener Folge vor sich gehen. Dabei dürfen keine die Nachbarschaft belästigende Gerüche in die Atmosphäre entlassen werden.

Zur Abführung der Verbrennungsprodukte aus der Feuerung und den Einäscherungskammern muß ein genügend hoher Schornstein vorgesehen werden.

Was die Beschaffenheit und den Inhalt der mit der Leiche dem Feuer zu übergebenden Särge anlangt, so sind darüber in die Gebrauchsordnung Vorschriften aufzunehmen, wie sie weiter unten bei Nr. 4 näher angegeben werden.

c) Hinsichtlich der gemäß Ziffer 3 zu fordernden Würdigkeit der inneren und äußeren Ausgestaltung der Anlagen lassen sich allgemeine Vorschriften nicht geben. Es wird vielmehr in dieser Hinsicht dem Ermessen der Genehmigungsbehörde überlassen, hier das richtige Maß zu finden.

d) Bei Prüfung der unter Ziffer 4 vorgesehenen Anforderungen kommt es im wesentlichen auf die Bedürfnisse im einzelnen Falle an. Jedenfalls ist darauf zu halten, daß die nötige Anzahl von ihrer Größe, Belüftung und Temperatur nach geeigneten Räumen zur Unterbringung der der Feuerbestattung zuzuführenden Leichen sowie auch gesonderte Zellen für Leichen von Personen, die an einer übertragbaren Krankheit gestorben sind, vorgesehen werden; daß der oder die Sektionsräume eine den Anforderungen der Wissenschaft und der Technik entsprechende Anlage und Ausstattung erhalten; daß ferner angemessene Räume für die Aerzte, für die Geistlichen, für die Leichenträger und die sonstigen Bedienungsmannschaften, sodann Bureauräume für die Führung der Bureaugeschäfte, insbesondere des Einäscherungsregisters, und endlich auch Räume vorhanden sind, in welchen das Einbringen der Aschenreste in die gemäß § 6 des Gesetzes bereitzuhaltenden Behälter sowie das vorschriftsmäßige Verschließen dieser Behälter vorgenommen werden, auch die einstweilige Aufbewahrung der an anderen Orten beizusetzenden Aschenreste erfolgen kann. Endlich sind geeignete Räume für das der Trauerfeier beiwohnende Publikum sowie Bedürfnisanstalten vorzusehen.

e) Die Vorschrift unter Ziffer 5 ist dem § 18 der Reichsgewerbeordnung nachgebildet und wie diese lediglich dazu bestimmt, die Erledigung der Genehmigungsanträge zu erleichtern und zu verhindern, daß noch weitere Prüfungen dieser Anträge durch die mit Wahrnehmung der fraglichen polizeilichen Interessen betrauten verschiedenen Behörden notwendig werden.

f) Es ist zu beachten, daß die Bestimmung unter Ziffer 6 namentlich auch die Interessen etwa öffentlichen Zwecken dienender Nachbargrundstücke (Kirchen, Schulen und anderer öffentlichen Anstalten) wahren und sie nicht auf materiellem, sondern auch auf ideellem Gebiete vor Nachteilen schützen soll.

g) Bei der in Ziffer 7 vorgesehenen Bedingung einer qualifizierten Beschlußma[illegible] [illegible]ndelt es sich um den Beschluß desjenigen Organs der

Körperschaft, welches nach deren Verfassung über die Herstellung und Unterhaltung von besonderen Anstalten der Körperschaft zu beschließen hat.

h) Die Vorschrift in Abs. 2 des § 8 ist nicht etwa dahin auszulegen, daß die Zurückziehung der Genehmigung bei dem Vorhandensein von geringfügigen und leicht zu beseitigenden Mängeln der angegebenen Art ohne weiteres zu erfolgen hat. Es wird vielmehr, falls es sich nicht um schwerwiegende, die Fortsetzung des Betriebes bedenklich und für die Allgemeinheit gefährlich machende Mängel handelt, angebracht sein, zunächst eine Aufforderung zur Beseitigung der Mängel innerhalb einer festzusetzenden angemessenen Frist an die betreffende Körperschaft ergehen zu lassen und erst dann zur Zurückziehung der Genehmigung zu schreiten, wenn die festgesetzte Frist fruchtlos verstrichen und keine Aussicht vorhanden ist, daß der gestellten Anforderung Genüge geleistet werde. Selbstverständlich ist jedes schikanöse Vorgehen zu vermeiden.

4. Im § 4 des Gesetzes ist ausdrücklich die staatliche Aufsichtsbehörde als diejenige bezeichnet, der die Genehmigung der Gebrauchsordnung und des Gebührentarifs obliegen soll. Es ist dies geschehen, um einer Verwechselung mit den für die Kirchengemeinden bestehenden kirchlichen Aufsichtsbehörden vorzubeugen. Das Erfordernis einer etwaigen kirchenaufsichtlichen Genehmigung von Gebrauchsordnungen und Gebührentarifen bleibt unberührt.

Welche Behörden die staatliche Aufsicht über die Körperschaften zu führen haben, ergibt sich aus den diese Körperschaften betreffenden Verfassungsgesetzen.

In die Gebrauchsordnung sind Vorschriften über die Beschaffenheit und den Inhalt der Särge, in denen die Leichen dem Verbrennungsofen zu übergeben sind, aufzunehmen.

In dieser Hinsicht ist folgendes zu beachten:

Die Leichen sind in dem Sarge einzuäschern, in dem sie zur Verbrennungsstätte gelangen. Die Särge müssen aus dünnem weichen Holz oder aus Zinkblech gefertigt und dürfen weder ausgepicht noch angestrichen oder lackiert sein, auch keine Eisen- oder Bronzeteile, weder zur Verbindung noch zur Verzierung, enthalten; ihre Größe und Stärke ist den Verbrennungseinrichtungen entsprechend mit einem Höchstmaß vorzuschreiben. Die Fugen sind mit Schellack, Leim oder ähnlichen Stoffen oder mit Kitt zu schließen.

Die Leichen in den Särgen dürfen nur auf Säge- oder Hobelspänen oder auf Holzwolle gebettet und nur mit naturfarbenen Leinen- oder Baumwollstoffen bekleidet sein. Etwa in den Sarg hineinzulegende Kissen dürfen weder Polster noch Federn oder Watte enthalten und sind mit den gleichen Stoffen zu beziehen, mit denen die Leiche bekleidet werden darf.

Die Kontrolle hinsichtlich der Beschaffenheit und des Inhalts der Särge erfolgt nicht in der Einäscherungsanlage, sondern muß dort bewirkt werden, wo die Einsargung stattfindet.

Sie ist entweder durch den zuständigen beamteten Arzt (vergl. Nr. 7 dieser Anweisung) oder durch einen amtlich bestellten Leichenbeschauer vorzunehmen, welcher eine amtliche Bescheinigung darüber auszustellen hat, daß die Einsargung den Vorschriften der Gebrauchsordnung entsprechend erfolgt ist. Diese Bescheinigung, zu der das in der Anlage 1 angegebene Formular zu verwenden ist, muß der Ortspolizeibehörde des Verbrennungsorts zur Kenntnisnahme und Abstempelung vorgelegt und der Verwaltung der Feuerbestattungsanlage eingereicht werden.

In der Gebrauchsordnung ist ferner vorzuschreiben, daß in jeder Einäscherungskammer jeweilig nur eine Leiche eingeäschert werden darf, ferner daß am Sarge vor dessen Einbringung in den Verbrennungsofen ein durch die Ofenhitze nicht zerstörbares Schild aus genügend starkem feuerfesten Ton anzubringen ist, auf welchem die Nummer des Einäscherungsregisters, unter der die Einäscherung erfolgt, deutlich eingeschlagen sein muß.

Die Gebühren für die Benutzung der Anlagen, welche in einem der Genehmigung der staatlichen Aufsichtsbehörde unterliegenden Tarif zusammenzustellen sind, stellen sich als Benutzungsgebühren im Sinne des § 4 des Kommunalabgabengesetzes vom 14. Juli 1893 dar, hinsichtlich deren Bemessung die daselbst gegebenen Bestimmungen nicht nur für Gemeinden und Gemeindeverbände ausdrücklich aufrecht erhalten, sondern auch im letzten Satze des

§ 4 des Gesetzes als maßgebend für die übrigen bezüglich der Feuerbestattung in Frage kommenden Körperschaften ausdrücklich vorgeschrieben werden, und zwar allgemein — also auch für Gemeinden und Gemeindeverbände — mit der Maßgabe, daß das, was im Kommunalabgabengesetze als Regel vorgeschrieben ist, für die Feuerbestattungsanlagen ausnahmslos, und zwar auch dann Platz greifen soll, wenn etwa für eine Abweichung besondere Gründe vorliegen sollten (vergl. Ausführungsanweisung zum Kreiskommunalabgabengesetz Art. 5). Hierbei ist zu bemerken, daß, wenn auch die Fassung in dem gedachten Satze des Gesetzes der des § 4 des Kommunalabgabengesetzes nicht vollständig konform ist, doch nach den bei den Beratungen im Landtage gepflogenen Verhandlungen kein Zweifel darüber bestehen kann, daß das daselbst gewählte Wort „Einrichtung" nichts anderes bedeutet als „Veranstaltung", daß somit die Gebühren nicht nur die Verwaltungs- und Unterhaltungskosten der Anlagen, sondern auch die Kosten decken sollen, die für die Verzinsung und Tilgung des Anlagekapitals aufzuwenden sind.

Die Aufsichtsbehörde hat ihr besonderes Augenmerk darauf zu richten, daß die Bemessung der Gebühren in einem dem Sinne dieser Vorschrift entsprechenden angemessenen Verhältnissen zu den Gesamtkosten der Anlage erfolgt.

Selbstverständlich kann dies zunächst nur auf dem Wege einer nach verständigem Ermessen zu bewirkenden Schätzung geschehen, da der Umfang der Benutzung der Anlage besonders in der ersten Zeit ihres Bestehens im voraus nicht übersehen werden kann, eine nachträgliche Heranziehung der Benutzer zur Deckung eines etwaigen Ausfalls aber naturgemäß ausgeschlossen ist. Dagegen ist je nach dem Ergebnis der gemachten Erfahrungen auf eine entsprechende Revision des Gebührentarifs hinzuwirken, wobei auch, dem Zwecke des Gesetzes entsprechend, mit ins Auge zu fassen sein wird, daß durch zu niedrige Gebührenbemessung nicht ein direkter Anreiz geschaffen werde, die Feuerbestattung der Erdbestattung vorzuziehen. Es wird deshalb bei der Feststellung oder Revision der Tarife darauf Bedacht zu nehmen sein, daß die Kosten der Feuerbestattung nicht unter die der Erdbestattung herabsinken. Soweit es hierbei auf eine Vergleichung mit kirchlichen Gebührensätzen ankommt, wird eine Anhörung der zuständigen Kirchenbehörde von Wert sein.

In der Gebrauchsordnung ist endlich auch die Führung eines Registers durch die Anstaltsverwaltung vorzuschreiben, in welchem außer der laufenden Nummer Angaben über Vor- und Zunamen, Stand, Geburtstag und Geburtsort, Todestag und Todesort, sowie den letzten Wohnort des Verstorbenen, die Todesursache, der Tag der Verbrennung und die Nummer des Sarges (s. Nr. 4 dieser Anweisung), sowie der Verbleib des Aschenbehälters enthalten sein müssen. Dieses Register muß mit dem von der Ortspolizeibehörde zu führenden (s. Nr. 10 dieser Anweisung) übereinstimmen.

Die Gebrauchsordnung und der von der Aufsichtsbehörde genehmigte Gebührentarif muß vorliegen, bevor der Betrieb der Feuerbestattungsanlage eröffnet wird. Es wird dieserhalb eine besondere Verfügung an die betreffende Körperschaft vorzubehalten sein.

Für die Ordnungsmäßigkeit des Betriebes, für die vorschriftsmäßige Einbringung der Asche in den Aufbewahrungsbehälter, sowie für den Verschluß des Behälters, sodann auch für die korrekte Registerführung ist die Verwaltung der Anstalt, die behördlichen Charakter haben muß, verantwortlich.

5. Anträge auf Erteilung der nach § 5 des Gesetzes erforderlichen Genehmigung zu einer anderen Verwendung des Grundstücks der Feuerbestattungsanlage sind besonders sorgfältig zu prüfen. Die Genehmigung darf insbesondere nicht erteilt werden, wenn nicht nachgewiesen ist, daß für die anderweitige ordnungsmäßige Unterbringung der vorhandenen Aschenbehälter in ausreichender Weise gesorgt ist.

6. Die Vorschrift im § 6 des Gesetzes, wonach die Aschenreste von verbrannten Leichen entweder in der Urnenhalle (Urnengrab) (§ 3 Nr. 4 des Gesetzes), oder in einer anderen behördlich genehmigten Bestattungsanlage beizusetzen sind, ist eine zwingende. Sie hat den Zweck, die Aschenreste jeder willkürlichen Verfügung seitens Privater zu entziehen und zu verhindern, daß über die Aschenreste in einer Weise verfügt wird, welche einerseits dem Empfinden der Pietät widerspricht, anderseits sie auch der Nachprüfung im Interesse der Strafrechtspflege zu entziehen geeignet ist. Die Aschenreste sollen bestattet werden; sie sind also in einer dem Bestattungsbegriff ent-

sprechenden Weise beizusetzen. Daraus ergibt sich, daß das Aufstellen im Zimmer oder das Mitnehmen auf Reisen, das Verstreuen der Asche in die Luft oder deren Versenken im Wasser unstatthaft ist. Deshalb kann die Aushändigung der Aschenreste an die Angehörigen auch nur zum Zwecke der ordnungsmäßigen Beisetzung an einem behördlich genehmigten Bestattungsorte gestattet werden. Darüber ist ein glaubhafter Nachweis zu erbringen. Gegebenenfalls hat die Versendung durch die Verwaltung der Feuerbestattungsanlage an die Verwaltung der betreffenden Bestattungsanlage direkt zu erfolgen.

Die Beisetzung muß, wenn sie nicht auf einen Kommunal- oder kirchlichen Begräbnisplatz erfolgen soll, entweder an der gemäß § 4 des Gesetzes bei der Feuerbestattungsanlage des Verbrennungsortes bereitzuhaltenden Beisetzungsanlage (Halle, Grab) oder in derartigen Anlagen bei einer anderen Feuerbestattungsanlage oder aber auf einem behördlich genehmigten Privatbestattungsplatz bewirkt werden.

Ob die Beisetzung von Aschenresten auf kirchlichen Erdbestattungsplätzen zulässig ist, richtet sich nach den bestehenden privat- und kirchenrechtlichen Bestimmungen.

Mit der weiteren Vorschrift, daß die Aschenreste in einem für jede Leiche besonderen, behördlich verschlossenen Behältnis beigesetzt werden sollen, wird der doppelte Zweck verfolgt:

a) um hinsichtlich ihrer Identität eine dauernde Gewißheit zu haben und
b) um zu verhindern, daß mit den Aschenresten irgend eine Veränderung vorgenommen wird, die es nicht mehr ermöglicht, einem etwa an dem betreffenden Verstorbenen begangenen Verbrechen auf die Spur zu kommen.

Diesem Zwecke werden noch die nachstehenden, in der Gebrauchsordnung vorzuschreibenden Vorsichtsmaßregeln zu dienen haben:

a) Die Aschenreste sind nach den Nummern, die gemäß der Vorschrift zu § 8 Ziffer 2 des Gesetzes (Nr. 4 dieser Anweisung) den in den Verbrennungsofen zu bringenden Särgen auf einem Tonschild anzuheften sind, streng getrennt zu halten, nachdem sie unter Anwendung von nur für diesen Zweck bestimmten und zu verwendenden Geräten sorgfältig aus dem Ofen entfernt worden sind.
b) Unmittelbar nach der Abkühlung sind die Aschenreste mit dem Tonschild in einem hinreichend großen, widerstandsfähigen, luft- und wasserdichten Metallbehälter zu sammeln.
c) Der Deckel des Behälters, der auch mit einem Schraubengewinde versehen sein kann, muß in den unteren Teil dichtschließend eingreifen. Die Trennfuge ist nach Schließung des Deckels zu verlöten. Der Deckel ist mit einem vor der Benutzung sicher aufzulötenden haltbaren Kupferschild zu versehen, auf welchem in deutlicher vertiefter Schrift — durch Einschlagen — nachstehende Angaben anzubringen sind: Die mit dem Einäscherungsregister und dem Tonschild in der Asche übereinstimmende Einäscherungsnummer, Vor- und Zunamen, sowie Stand des Verstorbenen, Ort, Tag und Jahr seiner Geburt, Ort, Tag und Jahr seines Todes und der Tag der Einäscherung.

7. a) Die für die Genehmigung zuständige Ortspolizeibehörde (§ 7 Abs. 1 des Gesetzes) ist da, wo die Ortspolizei nicht ungeteilt von einer Behörde verwaltet wird, diejenige Behörde, der die Wahrnehmung der Sicherheitspolizei übertragen ist.
b) Die Frage, wer im Sinne des Abs. 2 des § 7 als bestattungspflichtig anzusehen ist, beantwortet sich ausschließlich nach den Normen des öffentlichen Rechts. In der Regel wird bestattungspflichtig derjenige sein, in dessen Gewahrsam sich die Leiche des Verstorbenen befindet — also in den meisten Fällen dessen Angehörige —.
c) Für die Ausstellung der unter Ziffer 2 daselbst geforderten amtsärztlichen Bescheinigung ist derjenige beamtete Arzt zuständig, in dessen Amtsbezirk sich die Leiche zur Zeit der Anforderung der Bescheinigung befindet.
d) Die Bescheinigung der Ortspolizeibehörde gemäß Ziffer 4 daselbst ist bei Todesfällen auf Reisen von der Ortspolizeibehörde des Sterbeortes, nötigenfalls auch von der des letzten Wohnorts des Verstorbenen, bei Todesfällen auf hoher See von dem Schiffsführer oder dessen Vertreter und von der Polizeibehörde des Eingangshafens, bei solchen auf Schiffen oder Flößen der Binnenschiffahrt von der Polizeibehörde der nächsten Anlegestelle auszustellen.
e) Sofern die Voraussetzungen des § 157 Abs. 1 der Str. Pr. O. vorliegen.

darf die ortspolizeiliche Genehmigung der Feuerbestattung nicht erfolgen, solange nicht die Genehmigung der Staatsanwaltschaft oder des Amtsrichters erteilt ist.

8. Die nach § 8 des Gesetzes erforderliche Leichenschau ist nach Maßgabe der besonderen Vorschriften in Anlage 2 vorzunehmen. Sie ist auch in dem Falle vorzunehmen, in dem feststeht, daß der zu Bestattende eines nicht natürlichen Todes (Selbstmord, Unglücksfall usw.) gestorben ist, in dem aber der Verdacht einer strafbaren Handlung noch nicht aufgetreten und deshalb ein Einschreiten des Gerichts auf Grund des § 157 der Str. Pr. O. nicht für erforderlich erachtet worden ist.

Die Vorschrift im zweiten Absatz dieses Paragraphen ist so auszulegen, daß dem behandelnden Arzte Gelegenheit gegeben werden muß, der Leichenschau und auch der etwa notwendig werdenden Leichenöffnung beizuwohnen; falls er auf rechtzeitig ergangene Aufforderung nicht erscheint oder nicht erscheinen kann, auch eine für diesen Fall zu fordernde schriftliche Krankengeschichte nebst Gutachten über die Todesursache nicht einreicht, kann die Bescheinigung des beamteten Arztes auch ohne das Gutachten des behandelnden Arztes ausgestellt werden.

9. a) Letztwillige Verfügungen (§ 9 Ziffer 1 des Gesetzes), durch die der Verstorbene seine Feuerbestattung angeordnet hat, sind nur zu berücksichtigen, wenn sie in den gesetzlich vorgeschriebenen Formen — vgl. insbesondere §§ 2231 [1]) ff. d. B. G. B. — errichtet sind. Ihre vorherige förmliche Eröffnung durch das Gericht (§§ 2260, 2261 des B. G. B.) ist nicht erforderlich. Die Ortspolizeibehörde hat eine ihr vorgelegte letztwillige Verfügung unverzüglich unter Zurückbehaltung einer beglaubigten Abschrift an den Vorleger zurückzugeben.

Wird die letztwillige Verfügung nicht offen vorgelegt, sondern nur behauptet, daß sie sich in einem verschlossenen vorgelegten Umschlage befinde, so ist die Oeffnung des Umschlages abzulehnen, es sei denn, daß der Verstorbene auf dem Umschlag oder sonst die Ortspolizeibehörde um die Oeffnung ersucht hat. In diesem Falle ist der Umschlag zu öffnen und mit der Verfügung nach Entnahme der beglaubigten Abschrift oder eines beglaubigten Auszuges in einem versiegelten Umschlage zurückzugeben.

Wer Inhaber der elterlichen Gewalt ist, bestimmt sich nach den Vorschriften der §§ 1626 bis 1704 des B. G. B.

10. Die Ortsbehörde des Verbrennungsortes hat über alle von ihr genehmigten Feuerbestattungen, beim Vorhandensein mehrerer Feuerbestattungsanlagen im Bezirke für jede dieser gesondert, ein Register zu führen, daß dieselben Angaben zu enthalten hat, wie die Einäscherungsregister bei den Bestattungsanlagen (siehe Nr. 4 dieser Anweisung).

Das für jedes Kalenderjahr abzuschließende Register ist von Zeit zu Zeit mit dem Einäscherungsregister zu vergleichen. Etwa dabei sich ergebende Unstimmigkeiten sind, sofern dies nach Lage des Falles ohne Bedenken geschehen kann, zu berichtigen, anderenfalls bei der Aufsichtsbehörde zur Sprache zu bringen.

Die der Genehmigung zugrunde liegenden Unterlagen, insbesondere die im § 7 des Gesetzes geforderten Nachweise sind aktenmäßig zu heften und sorgsam aufzubewahren.

Anlage 1.

Bescheinigung über die vorschriftsmässige Einsargung.

Die Leiche d...... am .... 19...... zu .... verstorbenen .... (Stand) .... (Vorname) .... (Zuname), geboren den .... 1...... zu ...., Kreis ...., Regierungsbezirk ...., ist heute .... mittag .... Uhr in meiner Gegenwart eingesargt worden.

Die Leiche war bekleidet mit einem Leichenhemd aus .... (Farbe) .... (Stoff) und lag auf einem mit .... gestopften Kopfkissen aus .... (Farbe) .... (Stoff), einem Laken aus .... (Farbe) .... (Stoff) und war zugedeckt mit einer Decke aus .... (Farbe) .... (Stoff).

---

[1]) § 2231 d. B. G. B. bestimmt, daß ein Testament (letztwillige Verfügung) errichtet werden kann, „durch eine von dem Erblasser unter Angabe des Ortes und Tages eigenhändig und unterschriebene E[illegible]".

Der Sarg bestand aus .... holz oder .... mm starkem Zinkblech, war weder lackiert noch gestrichen, hatte keine Beschläge oder Verzierungen aus Metall und war .... cm lang, ... cm breit und .... cm hoch.

Der Sargboden war bedeckt mit einer .... cm hohen Schicht von Sägespänen, Hobelspänen, Holzwolle (das Nichzutreffende ist zu durchstreichen).

Der Sarg ist in meiner Gegenwart geschlossen und von mir mit einer Plombe, die folgendes Zeichen trägt ...., versehen worden.

...., den .... 19......

Der amtlich bestellte Leichenschauer.

(Diese Bescheinigung kann auch von einem Arzte ausgestellt werden.)

Anlage 2.

Vorschriften für die Ausführung der ärztlichen Leichenschau zwecks Feuerbestattung.

I. Allgemeine Bestimmungen.

§ 1. Die ärztliche Besichtigung (Leichenschau) menschlicher Leichen, welche der Feuerbestattung übergeben werden sollen, ist von dem zuständigen beamteten Arzte vorzunehmen, welcher auch die amtsärztliche Bescheinigung über die Todesursache auszustellen hat.

§ 2. Als beamteter Arzt im Sinne des Gesetzes, betreffend die Feuerbestattung, vom 14. September 1911 gilt dort, wo ein besonderer Gerichtsarzt angestellt ist, dieser, sonst der als Gerichtsarzt tätige Kreisarzt.

War der zuständige beamtete Arzt zugleich der behandelnde Arzt in der dem Tode unmittelbar voraufgegangenen Krankheit, so ist die Leichenschau von einem anderen beamteten Arzte vorzunehmen.

§ 3. War der Verstorbene in der dem Tode unmittelbar voraufgegangenen Krankheit ärztlich behandelt worden, so ist der betreffende Arzt zu der Leichenschau zuzuziehen.

§ 4. Die Leichenschau soll sobald als möglich nach dem Tode vorgenommen werden. Die amtsärztliche Bescheinigung über die Todesursache muß auch genauen Aufschluß darüber geben, in welcher Weise der Tod festgestellt worden ist.

§ 5. Die Leichenschau hat in einem hinreichend hellen Raume stattzufinden; ihre Vornahme bei künstlichem Licht ist unzulässig.

Für völlige Entkleidung und angemessene Lagerung der Leiche und für Entfernung störender Umgebung muß gesorgt werden.

§ 6. Bei allen mit der Leiche vorzunehmenden Bewegungen, namentlich bei ihrer Ueberführung von einer Stelle zur anderen, ist sorgfältig darauf zu achten, daß kein zu starker Druck auf einzelne Teile ausgeübt, und daß die Horizontallage der größeren Höhlen und die durch die Leichenstarre bedingte Stellung der Gliedmaßen nicht erheblich verändert werde.

II. Verfahren bei der Leichenschau.

§ 7. Bei der Besichtigung der Leiche hat der beamtete Arzt überall den Hauptzweck der Leichenschau — Verhütung der Verschleierung einer strafbaren Handlung, durch die der Tod herbeigeführt worden — im Auge zu behalten und alles, was diesem Zwecke dient, genau und vollständig zu untersuchen.

Durch eingehende Befragung der Angehörigen und des behandelnden Arztes hat er sich ein genaues Bild über den Verlauf der dem Tode unmittelbar voraufgegangenen Krankheit und über die Umstände, unter denen der Tod erfolgt ist, zu verschaffen.

Ist der Tod plötzlich oder nach einer auffallend kurzen Krankheit erfolgt, so hat der beamtete Arzt, soweit tunlich, vor der Leichenschau den Ort, wo die Leiche gefunden wurde bezw. der Tod erfolgte, in Augenschein zu nehmen, die Lage und Stellung, in der sich die Leiche befand, zu ermitteln und die Kleidungsstücke, die der Verstorbene bei seiner Auffindung trug, zu besichtigen.

§ 8. Zunächst sind etwa vorhandene Besudelungen der Leiche mit Blut, Kot, Eiter, Schmutz und dergleichen, gegebenenfalls nach Entnahme einer Probe behufs Untersuchung mit der Lupe oder dem Mikroskop, abzuwaschen.

§ 9. *Behufs Feststellung*

1. *der Identität* der Leiche sind Alter, Geschlecht, Größe, Körperbau, allgemeiner Ernährungszustand und etwaige besondere Kennzeichen, wie sogenannte Fußgeschwüre, Narben, Mäler, Tätowierungen, Ueberzahl oder Mangel an Gliedmaßen, anzugeben;
2. *des eingetretenen Todes* sind die Zeichen desselben und diejenigen der etwa schon eingetretenen Verwesung zu ermitteln und anzugeben. An- oder Abwesenheit der Muskelstarre, allgemeine Hautfarbe der Leiche, Art und Grad etwaiger Färbungen und Verfärbungen einzelner Teile durch die Verwesung sowie Farbe, Art und Ausdehnung der Totenflecke;
3. *der Todesursache* ist, soweit dies bei der bloßen Besichtigung der Leiche möglich ist, dasjenige Organ zu untersuchen, das nach der Angabe der Angehörigen und des behandelnden Arztes Sitz der tödlichen Krankheit gewesen ist;
4. *ob der Tod durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden*, ist die Leiche auf Zeichen eines gewaltsamen Todes, einer Vergiftung oder des Verhungerns zu untersuchen.

§ 10. Von *gewaltsamen Todesarten* kommen namentlich in Betracht:

1. *Ersticken* durch Einführung fremder Gegenstände in Mund oder Nase;
2. *Erhängen* (Strangmarken), *Erdrosseln* (Drosselmarken) oder *Erwürgen* (Fingereindrücke, Kratzwunden);
3. *Einwirkungen stumpfer, scharfer oder spitzer Instrumente oder Gewalten* (Quetschungen, Wunden, Blasen und dergl.) an Kopf, Hals, Brust, Unterleib, äußeren Geschlechtsteilen, Rückenfläche und Gliedern, die daraufhin der Reihe nach sorgfältig zu betrachten sind.

Etwa vorhandene Verletzungen sind nach Gestalt, Lage und Richtung mit Beziehung auf feste Punkte des Körpers sowie nach Länge und Breite in Metermaß anzugeben. Bei Wunden ist ferner die Beschaffenheit ihrer Ränder und deren Umgebung festzustellen. Bei Schußwunden ist besonders auf Pulvereinsprengung und Versengung von Härchen zu achten. Dies gilt auch in Fällen von Verbrühung oder von Verbrennung durch die Flamme.

§ 11. Insbesondere ist zu achten auf

1. eine ungewöhnliche Färbung der Haut, namentlich der Totenflecke (hellkirschrot bei Blausäurevergiftung, dunkelkirschrot bei Kohlenoxydvergiftung, gelb bei Phosphorvergiftung, graubraun bei Vergiftung durch chlorsaures Kali oder andere methämoglobinbildende Gifte);
2. Verfärbungen und Aetzungen der Mund- und Lippenschleimhaut sowie der Haut zunächst den Mundwinkeln (Karbolsäure, Kresole, Lysol, Laugen und Säuren);
3. Farbe, Geruch und Reaktion einer etwa aus Mund oder Nase sich ergießenden Flüssigkeit sowie auf einen auffälligen, der Leiche entströmenden Geruch.

III. Abfassung der amtsärztlichen Bescheinigung über die Todesursache.

§ 12. Das Ergebnis der amtsärztlichen Besichtigung muß von dem beamteten Arzt in der Bescheinigung kurz, deutlich und unter tunlichster Vermeidung fremder Ausdrücke angegeben werden.

Etwaige für die Beurteilung wichtige Angaben von Angehörigen über die dem Tode unmittelbar voraufgegangene Krankheit und das Gutachten des behandelnden Arztes über die Todesursache sind in die Bescheinigung aufzunehmen.

Die Bescheinigung hat in jedem Falle die Identität der Leiche, die Feststellung des Todes, die Todesursache und die Frage der verbrecherischen Veranlassung zu berücksichtigen. ~~Der Befund einer Virginität ist zu erwähnen.~~

§ 13. Erscheint es auf Grund der angestellten Ermittelungen und der Leichenschau zweifelsfrei, daß eine natürliche Todesursache vorliegt, so wird diese amtsärztlich bescheinigt unter Hinzufügung der Erklärung, „daß ein Verdacht, der Tod sei durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden, sich nicht ergeben hat".

§ 14. Ist die Todesursache nicht aufgefunden worden oder besteht irgend ein Zweifel, ob ein natürlicher Tod vorliegt, besteht namentlich in dieser Hinsicht eine auseinandergehende Meinung zwischen den beiden beteiligten Aerzten, so ist, sofern auf der Feuerbestattung bestanden wird, die polizeiliche

Leichenöffnung vorzunehmen, auch wenn die gerichtliche Leichenöffnung nicht für erforderlich erachtet worden ist.

Ist durch die Leichenöffnung der Verdacht, der Tod sei durch eine strafbare Handlung herbeigeführt, hinweggeräumt, so hat der beamtete Arzt die Bescheinigung zu erteilen.

Ausstellung von Leichenpässen für Beförderung von Leichen ausserhalb Preussens. Erlaß des Ministers des Innern vom 29. September 1911 — IId. Nr. 2209 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Im Anschluß an die unterm heutigen Tage erlassene Anweisung zur Ausführung des Gesetzes betreffend die Feuerbestattung vom 14. September d. J. (G.-S. S. 193) bestimme ich hierdurch in Abänderung des Runderlasses vom 23. September 1888 — M. d. Inn. II 8649, M. d. g. u. M.-A. M. 7822 — (Min.-Bl. f. d. i. Verw. S. 184), daß die Erteilung von Leichenpässen für die Beförderung von Leichen im Inlande verstorbener Personen außerhalb Preußens nur erfolgen darf, wenn die Bescheinigung des beamteten Arztes über die Todesursache eine Erklärung nicht nur darüber enthält, daß seiner Ueberzeugung nach der Beförderung der Leiche gesundheitliche Bedenken nicht entgegenstehen (Abs. 2 des vorerwähnten Runderlasses), sondern auch darüber, daß bei der von ihm in Gemäßheit des § 8 des genannten Gesetzes und der Nr. 8 der Ausführungsanweisung dazu bewirkten Leichenschau ein Verdacht, der Tod sei durch eine strafbare Handlung herbeigeführt worden, sich nicht ergeben hat. Außerdem ist als Bedingung für die Ausstellung des Leichenpasses die Beibringung einer der Ziffer 4 des § 7 jenes Gesetzes entsprechende Bescheinigung der Ortspolizeibehörde des Sterbeorts, bei Leichen von Personen, die auf der Reise verstorben sind, nötigenfalls auch der des letzten Wohnorts des Verstorbenen erforderlich.

Euer Hochgeboren (Hochwohlgeboren) ersuche ich ergebenst, die nachgeordneten Behörden, insbesondere die mit der Ausstellung von Leichenpässen betrauten Behörden Ihres Bezirks mit Anweisung dahin zu versehen, daß die vorstehende Bestimmung strengstens beachtet wird.

Dieser Erlaß ist gleichzeitig mit der Ausführungsanweisung zu veröffentlichen.

Verhütung der Weiterverbreitung von übertragbaren Krankheiten durch Gemeindeschwestern. Verfügung des Regierungspräsidenten in Minden vom 9. Juni 1911.

Nach den angestellten Ermittelungen erscheint die Annahme des Kreisarztes berechtigt, daß die Weiterverbreitung der Diphtherieerkrankungen in H. infolge ungenügender Absonderung der in der Kleinkinderschule wohnenden Gemeindeschwester begünstigt worden ist.

Um eine solche Verbreitung zu verhüten, muß grundsätzlich daran festgehalten werden, daß die Wohnung von Gemeindeschwestern, falls sie in Kleinkinderschulen untergebracht sind, so gelegen ist, daß die Gemeindeschwester von der Schulschwester und den die Schule besuchenden Kindern ausreichend abgesondert werden kann, falls sie ansteckende Kranke pflegt, was im allgemeinen gesundheitlichen Interesse dringend erwünscht ist.

Bei Neu- und Umbauten muß daher darauf Rücksicht genommen werden, daß durch Anlage besonderer Zugänge usw. im Bedarfsfalle eine vollständige Trennung der Schwestern ermöglicht werden kann. Desgleichen müssen die Gemeindeschwestern immer wieder darauf aufmerksam gemacht werden, daß sie die für das berufsmäßige Pflegepersonal vorgeschriebenen Vorsichtsmaßregeln, namentlich in bezug auf die Desinfektion ihres Körpers, ihrer Wäsche und Kleidung genau beachten und bei derartigen Pflegen möglichst waschbare Ueberkleider tragen, die sie beim Verlassen der Wohnung des Kranken ablegen und dort abgesondert verwahren lassen.

Ist bei vorhandenen Kleinkinderschulen die Durchführung einer solchen Absonderung der Gemeindeschwestern nicht möglich, so ist für ihre anderweite geeignete Unterbringung, wenigstens solange sie die Pflege von ansteckenden Kranken übernommen haben, zu sorgen.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr 21. 5. November. 1911.

Rechtsprechung.

Der Angeschuldigte hat keinen Anspruch darauf, dass bei seiner Freisprechung die Kosten den Anzeigenden wegen grundloser Anzeige auferlegt werden. Urteil des preuß. ärztlichen Ehrengerichts vom 8. Mai 1911.

Zwar kann das Ehrengericht nach § 46 Abs. 5 des Gesetzes vom 25. November 1899 und 27. Juli 1904 die Kosten des Verfahrens dem Anzeigenden auferlegen, wenn die Anzeige als eine auf grober Fahrlässigkeit beruhende erachtet werden muß. Das Gesetz gibt durch diese dem § 501 der Strafprozeßordnung nachgebildete Bestimmung dem Ehrengericht die Möglichkeit, leichtfertige oder böswillige Denunzianten zu treffen. Es gibt aber nicht dem Angeschuldigten einen Anspruch auf die Anwendung dieser Bestimmung durch das Ehrengericht. Der von Strafe und Kosten freigesprochene Angeschuldigte kann das die Kosten der Kasse der Aerztekammer auferlegende Urteil nicht mit der Berufung deshalb anfechten, weil die Kosten nicht dem Anzeigenden auferlegt seien. Solcher Berufung fehlt die gesetzliche Grundlage.

Das Küssen einer Patientin seitens des Arztes in seinem Sprechzimmer. Urteil des preuß. ärtlichen Ehrengerichtshofes vom 8. Mai 1911.

Die Aussage der Zeugin F. ist durchaus glaubwürdig. Sie bekundet, daß der Angeschuldigte sie, als sie sich bei einer Untersuchung im Stuhl aufrichtete, zurückgeworfen und geküßt und ihr dann Verschwiegenheit zur Pflicht gemacht hat. Die auf der Aussage dieser Zeugin ruhenden Feststellungen werden unterstützt durch das der Zeugin von der Polizeibehörde, von ihrer Mutter und vom Dr. R., der das Mädchen und ihre Familie seit Jahren kennt, ausgestellte gute Leumundszeugnis, sowie ferner dadurch, daß der Angeschuldigte selbst nicht direkt bestreitet, das Mädchen geküßt zu haben. Er hat vielmehr selbst die Möglichkeit zugegeben mit dem Zusatz „die Herren vom Ehrengericht, auch nicht der Oberpräsident, ist vom Kuß in Ehren eines hübschen Mädchens gestorben!“ Die Ausführungen des Angeschuldigten über den Körperbau des Mädchens sind zur Sache unerheblich, da ihm weitergehende Angriffe als das Küssen nicht zur Last gelegt sind.

Die Verteidigung des Angeschuldigten läßt bedauerlicherweise erkennen,[1]) daß er sich kaum noch bewußt ist, wie schwer sich ein Arzt verfehlt, der sich gegen ein im Vertrauen auf die Würde des ärztlichen Berufes Rat und Hilfe suchendes Mädchen verfehlt. Dazu handelte es sich um ein kaum dem Kindesalter entwachsenes Mädchen. Die schwerste Ehrenstrafe war der Schwere der Verfehlung des Angeschuldigten angemessen (Entziehung des Wahlrechts für 2 Wahlperioden) und ihre Verschärfung durch eine empfindliche Geldstrafe (300 Mk.) angebracht, da der Angeschuldigte bereits zweimal mit Verweis und Geldstrafe bestraft ist.

---

[1]) In der Berufungsschrift hatte der Angeschuldigte ausgeführt, abgesehen von einer Reihe nicht zur Sache gehöriger Bemerkungen, das Mädchen sei anormal gebaut und ein unsittlicher Angriff sei ausgeschlossen. Die ganze Anklage sei lediglich ein Akt der Verfolgung seitens der ihm feindlich gesinnten Aerzte in C . . . .

Verletzung der Kollegialitätspflicht durch den Vorwurf des Bruches eines unter Ehrenwort gegebenen Versprechens. Urteil des preuß. ärztlichen Ehrengerichtshofes vom 8. Mai 1911.

Dem ehrengerichtlichen Verfahren liegt der Eröffnungsbeschluß vom 10. November 1909 zugrunde, demzufolge dem Angeschuldigten zur Last gelegt wird, in der öffentlichen Sektionsversammlung des Leiziger Verbandes zu Sch. am 15. September 1907 behauptet zu haben, daß der praktische Arzt Dr. Sch. in Angelegenheit der Sperre der Arztstelle in Br. sich ihm gegenüber ehrenwörtlich verpflichtet habe, die Sperre zu halten, sein Ehrenwort aber gebrochen habe, während er diese Beschuldigung, daß das Versprechen des Dr. Sch. ein ehrenwörtliches gewesen sei, bei seiner eidlichen Vernehmung vor dem Amtsgericht in B . . . . am 12. Februar 1908 nicht aufrecht erhalten konnte.

Der Ehrengerichtshof ist auf Grund des vorliegenden Tatbestandes davon überzeugt, daß der Angeschuldigte von der Richtigkeit des gegen Dr. Sch. erhobenen Vorwurfes des Wortbruches fest durchdrungen war. Er hat sich ferner auch davon überzeugt, daß der Angeschuldigte aus durchaus uneigennützigen und ehrenwerten Motiven gehandelt hat. Der Ehrengerichtshof hat aber nicht verkennen können, daß der Angeschuldigte in der Wahl seiner Worte zu weit gegangen ist. Der Angeschuldigte zwar stellt den zur Untersuchung stehenden Vorgang so dar, als habe er nur den ihm aus der Versammlung heraus gemachten Zuruf, „dann habe Dr. Sch. ja sein Ehrenwort gebrochen", bedingt bestätigt. Auf Grund der Beweisaufnahme hat indessen festgestellt werden müssen, daß der Angeschuldigte sich hier irrt. Mögen die Zeugenaussagen im übrigen, wie es bei dem erregten Verlauf der Versammlung erklärlich ist, wenig sicher und nicht ohne Widersprüche sein, so ergeben doch zwei ganz bestimmt gehaltene und beeidete Aussagen der einwandsfreien Zeugen Dr. L. und Dr. St., daß Angeschuldigter erklärt hat, Dr. Sch. habe sich ihm ehrenwörtlich verpflichtet und habe sein Ehrenwort gebrochen. Mag man nun auch die Unverbrüchlichkeit eines Manneswortes noch so hoch einschätzen, so wiegt doch der Vorwurf des Bruchs eines unter Ehrenwort, d. h. unter ausdrücklicher Verpfändung des höchsten Mannesguts gegebenen Versprechens noch ungleich schwerer als der Vorwurf des Wortbruchs schlechthin. Wenn der Angeschuldigte nicht ganz sicher wußte, daß Dr. Sch. ihm sein Ehrenwort verpfändet hatte, so durfte er keinesfalls so weit gehen, gegen den Dr. Sch. den schwerwiegenden Vorwurf des Ehrenwortbruches zu erheben. Und das umsomehr, als Dr. Sch. nicht anwesend und zur augenblicklichen Verteidigung gegen eine so schwere Anklage nicht in der Lage war. Auch bei der an sich ehrenwerten Verteidigung der wirtschaftlichen Existenz eines Kollegen, deren Gefährdung den Angeschuldigten tief bewegte, durfte er nicht die Ehre des anderen Kollegen durch Wahl eines weitergehenden Wortes verletzen, als es nach seiner eigenen Kenntnis des Tatbestandes gerechtfertigt war. Das Urteil des Ehrengerichts mußte deshalb bestehen bleiben.

Anderseits hat der Gerichtshof keinen Anlaß gefunden, der auf Erhöhung des Strafmaßes abzielenden Berufung des Vertreters der Anklage stattzugeben. Mit Rücksicht auf die ehrenhaften Motive des Angeschuldigten und im Hinblick darauf, daß er sich in der verzeihlichen Erregung des Augenblicks zu der bedauerlichen über das Ziel hinausschießenden Aeußerung hat verleiten lassen, war die vom Ehrengericht festgesetzte mildeste Strafe der Warnung angemessen und ausreichend.

Inwieweit macht sich ein Arzt durch Fernbehandlung ehrengerichtlich strafbar? Urteil des preuß. ärztlichen Ehrengerichtshofes vom 8. Mai 1911.

Mit dem Vorderrichter hat der Ehrengerichtshof aus dem zugunsten der Angeschuldigten ergangenen Einstellungsbeschlusse des Ehrengerichts vom 20. Dezember 1907 und aus der Vorschrift des § 29 Abs. 3 des Ehrengerichtsgesetzes keine Bedenken gegen die Bestrafung der Angeschuldigten entnehmen können. Jener Beschluß behandelte nur den Einzelfall und der Ehrengerichtshof ist mit dem Ehrengericht der Ansicht, daß der Arzt allerdings in vereinzelten Fällen ausnahmsweise in der Lage sein kann, eine Verordnung für einen

Kranken zu treffen, auch ohne ihn gesehen zu haben. Vollständig ändert sich aber das Bild, wenn sich ergibt, daß ein Arzt eine solche Fernbehandlung in ausgedehntem Maße gewohnheitsmäßig betreibt. Wenn das Ehrengericht erkennen mußte, daß die Angeschuldigten dies taten, so lagen neue Tatsachen vor, die eine neue ehrengerichtliche Würdigung erforderten. Der von der Verteidigung geltend gemachte Einwand einer Verletzung des § 29 Abs. 3 war daher als unbegründet zurückzuweisen.

Wenn man das Ergebnis der Beweisaufnahme übersieht, so springt zunächst ins Auge, daß die Art und Weise der von den Angeschuldigten betriebenen Berufstätigkeit die scharfe und übereinstimmende Verurteilung der anderen Aerzte des Bezirks hat erfahren müssen. Nach den Aussagen des Kreisarztes Dr. B., des Dr. D., des Dr. B. und des Dr. H. ist es die von den Aerzten in P. allgemein geteilte Ansicht, daß die Angeschuldigten in einem Maße die Fernbehandlung ausüben, die über die Grenzen des Erlaubten weit hinausgeht. Das Urteil ihrer Kollegen ging dahin, daß sie schwere Fälle, bei denen für jeden gewissenhaften Arzt die Behandlung ohne eigene Untersuchung ausgeschlossen sein mußte, aus der Entfernung behandelt und daß sie, was besonders bezeichnend ist, die Leute an eine derartige Ausübung des ärztlichen Berufs so gewöhnt haben, daß diese, wie Dr. D. bekundet hat, auch zu ihm mit dem Urin des Kranken kommen und an ihn das Ansinnen stellen, nach der Urinuntersuchung Verordnungen zu geben. Die Leute sagen dabei ausdrücklich, das Dr. R. das auch so mache.

Solches für die Angeschuldigten schwer belastende Urteil aus Kollegenkreisen wird bestätigt und im einzelnen ergänzt durch die übereinstimmenden eidlichen Aussagen einer großen Reihe von Zeugen, die mit dem Urin Kranker zu den Angeschuldigten kamen und mit dem Rezept wieder heimgingen. In fast eintöniger Uebereinstimmung, aber mit großer Anschaulichkeit schildern sie alle den gleichen Vorgang. Die Angeschuldigten untersuchen den Urin, fragen hier und da den ihren Rat nachsuchenden Angehörigen des Kranken nach dem Krankheitsbild und geben dann die Verordnung. Dies ergeben die im einzelnen in bezug genommenen Aussagen der Zeugen S., M., D., H., J., K., E., B., H., H., W., N. Die Aussagen liefern den überzeugenden Beweis, daß die Angeschuldigten nicht in Einzelfällen die Fernbehandlung ausübten. Die Bewohnerschaft einer ganzen Gegend wußte und nutzte es aus, daß sie solche Behandlung gewohnheitsmäßig und aller Art von Krankheiten gegenüber ausübten und zwar in einer Art und Weise, die vom wissenschaftlich ernst denkenden Arzt unmöglich irgendwie gerechtfertigt und als gewissenhaft bezeichnet werden kann in Fällen auch, in denen eine gewissenhafte Diagnose aus der Urinuntersuchung unmöglich gegeben werden konnte. Besonders bezeichnend ist in dieser Beziehung der vom Zeugen K. bekundete Fall. Der Zeuge berichtete dem Angeschuldigten Dr. D., daß seine zwei Jahre alte Tochter hinterrücks von der Bank gefallen sei, das Bewußtsein verloren habe und über Schmerzen am Hinterkopf klage. Der Angeschuldigte gibt ihm Medizin, wiederholt die Verordnung noch zweimal in derselben Woche und am Schluß der Woche stirbt das von ihm „behandelte" Kind, das er niemals gesehen hat. Daß ein solcher Fall von jedem, auch nur mit einiger Gewissenhaftigkeit seinen verantwortungsvollen Beruf ausübenden Arzt auf das Ernsteste verurteilt werden muß, sollte weiterer Ausführung nicht bedürfen.

Die Art und Weise, in welcher die Angeschuldigten den ärztlichen Beruf ausgeübt haben, stellt eine schwere Herabwürdigung dieses Berufs dar, dessen ernste Verantwortung sie verkennen. Sie gefährdete die Patienten, die von dem laienhaften Vertrauen ihrer Angehörigen in die Hand solcher Aerzte gegeben wurden, und sie enthielt schließlich auch eine ernste Gefährdung der öffentlichen Gesundheitspflege und damit, über den Kreis der gläubigen Patienten hinaus, eine Bedrohung der Allgemeinheit, insbesondere im Falle ansteckender Krankheiten. Die vom Ehrengericht gegen die Angeschuldigten festgesetzte Strafe (300 bezw. 100 Mk.) ist daher durchaus angemessen.

Ein Arzt, der Untersuchungen für Lebensversicherungen unter einer „Kampftaxe" vornimmt, verstösst gegen die Pflichten seines Standes. Urteil des preuß. ärztlichen Ehrengerichts vom 9. Mai 1911.

Der Ehrengerichtshof hat zwar die Verteidigung des Angeschuldigten[1]), er habe in völliger Unkenntnis des Streits der Aerzteschaft mit den Lebensversicherungen gehandelt, nicht geglaubt und hat es bedauert, daß der Angeschuldigte seine Verteidigung in zweiter Instanz auf einer derartig unwahrscheinlichen Behauptung aufgebaut hat. Der Ehrengerichtshof mißbilligt es auch, daß der Angeschuldigte es für angemessen hält, allen kollegialen Beziehungen zu entsagen und sich mit einer befremdenden Grundsätzlichkeit außerhalb aller gemeinsamen Interessen und Bestrebungen seines Standes zu stellen, sogar einen bewußten Gegensatz zu ihnen zu betonen. Anderseits genügt aber dieser Mangel an kollegialem Sinn, den des Angeschuldigten Verhalten erkennen läßt, noch nicht zu seiner ehrengerichtlichen Verurteilung. Denn der Angeschuldigte war, eben weil er weder Mitglied eines der in Breslau bestehenden Aerztevereine noch des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes war, zur Forderung des von den organisierten Aerzten beanspruchten besonders erhöhten Honorarsatzes nicht verpflichtet. Sein Honorarverlangen unterbot nicht den gewöhnlichen ortsüblichen Satz, auch nicht die Grenzen der Medizinaltaxe und war an sich, wie auch das Ehrengericht zugibt, nicht standesunwürdig. Der Angeschuldigte hat sich auch in den einzelnen Orten auf die Erledigung der übernommenen Untersuchungen für Lebensversicherungszwecke beschränkt und Sprechstunden nicht abgehalten. Er hat in die Praxis der ortsansässigen Aerzte nicht eingegriffen, sondern lediglich die eine ärztliche Verrichtung ausgeführt, welche die ortsansässigen Aerzte zum üblichen Satz nicht ausführen wollten. Seine ehrengerichtliche Verurteilung im Rahmen des Eröffnungsbeschlusses war daher nicht zu begründen.

Medizinal-Gesetzgebung.

Königreich Preussen.

Untersuchung der bei Bahnbauten von Privatunternehmern beschäftigten Arbeiter. Erlaß des Ministers der öffentlichen Arbeiten — VI D. 12972 — vom 28. August 1911 an die Königlichen Eisenbahndirektionen.

Im allgemeinen gesundheitspolizeilichen Interesse, insbesondere zur Verhütung der Einschleppung von Seuchen ist es geboten, daß auch die bei Bahnbauten von Privatunternehmern beschäftigten Arbeiter, namentich die aus verseuchten Ländern zureisenden, einer ärztlichen Untersuchung unterzogen werden.

Die Königlichen Eisenbahndirektionen werden daher angewiesen, die Unternehmer auf Grund der Bestimmung in § 14, Abs. 2 der „Allgemeinen Vertragsbestimmungen für die Ausführung von Erd- pp. Arbeiten bezw. für die Ausführung von Staatsbauten“ (E.-V.-Bl. 1899 S. 412 und S. 431), wonach sie gehalten sind, den zur Sicherung der Gesundheit der Arbeiter getroffenen Anordnungen nachzukommen, zu verpflichten, auf ihre Kosten alle neu einzustellenden Arbeiter ärztlich dahin untersuchen zu lassen, ob sie im allgemeinen gesund, insbesondere frei von ansteckenden Krankheiten sind. Nur diejenigen Arbeiter sind zur Beschäftigung zuzulassen, die keine Gefahr der Ansteckung anderer Arbeiter bedeuten. Ueber die erfolgte ärztliche Untersuchung haben die Unternehmer sich ärztliche Bescheinigungen ausstellen zu lassen, die aufzubewahren und den Organen der Eisenbahnverwaltung auf Verlangen zur

[1]) Der Angeschuldigte hatte nach Feststellung des Ehrengerichts im Dezember 1908 außerhalb seines Wohnortes . . ., nämlich in N . . ., als Arzt im Umherziehen an Orten, in denen Aerzte vorhanden und bereit waren, ärztliche Untersuchungen vorzunehmen, Untersuchungen für Lebensversicherungen zu einem geringeren Satze vorgenommen, als er von den ansässigen Aerzten beansprucht wurde, und zwar ohne vertraglich zu diesen Untersuchungen verpflichtet zu sein, und lediglich in der Absicht, sich selbst pekuniäre Vorteile auf Kosten der ansässigen Berufsgenossen zu verschaffen.

Einsicht vorzulegen sind. Die bauleitenden Beamten sind anzuweisen, die Beachtung der getroffenen Anordnung zu überwachen.

Falls sich Anstände bei der Durchführung dieser Anordnung ergeben sollten, ist zu berichten.

Bekämpfung des Alkoholismissbrauchs und seiner Folgen. Erlaß des Ministers des Innern vom 5. September 1911 — M. 1914 — an die Herren Regierungspräsidenten.

Es ist mir von Interesse, über die Fortschritte unterrichtet zu werden, die bezüglich der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs und seiner Folgen im dortigen Verwaltungsbezirk während der letzten Jahre gemacht worden sind. Demgemäß ersuche ich ergebenst, zum 1. Januar 1912 mir eine zusammenfassende Darstellung aller im dortigen Bezirk wirksamen entsprechenden Bestrebungen einzureichen. Besonders zu berücksichtigen bitte ich dabei die Erfahrungen, die sich bei der Handhabung des Schankkonzessionswesens ergeben haben, die Polizeiverordnungen, die zur Einschränkung des Alkoholmißbrauchs erlassen worden sind, die Unternehmungen zur Einführung alkoholfreier Wirtschaften und zum Ausschank nicht alkoholischer Getränke, sowie zur Verabfolgung alkoholfreier Erfrischungen an Arbeiter in industriellen Werken. Ferner ist eingehend zu erörtern die Tätigkeit alkoholgegnerischer Vereine nach Ort, Zahl, Umfang und Wirkung, die Errichtung von Trinkerfürsorgestellen, von Trinkerheilstätten (unterhaltende Stelle, Einrichtung, Größe, Besuch, Erfolg und dessen Feststellung) und die Handhabung der sonstigen Maßnahmen zur Heilung Trunksüchtiger und zum Schutze ihrer Familien. Auch sind die Bemühungen zur Aufklärung des Volkes über die Schädlichkeit des übermäßigen Alkoholgenusses (Belehrungen durch Vorträge, Flugblätter, im Schulunterricht usw.) darzulegen und schließlich die Beobachtungen anzugeben, nach denen sich der Gesamterfolg der bisherigen Bestrebungen ermessen läßt.

Genehmigung der Prämien für Wiederbelebungsversuche an staatlich anerkannte Krankenpflegerinnen. Erlaß des Ministers des Innern vom 7. Oktober 1911 — M. 7220 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Zu den Medizinalpersonen im Sinne der Erlasse vom 2. Februar 1821 — M. d. g. A. 264, M. d. I. 199 — und 9. Juli 1898 — M. d. g. A. M. 2438, M. d. I. C. 5826 —, welche bei Wiederbelebungsversuchen Anspruch auf eine höhere Prämie haben, sind auch diejenigen Krankenschwestern, die als solche staatlich anerkannt sind, zu rechnen.

Nachweisung der in Preussen im Jahre 1910 amtlich gemeldeten Fälle an übertragbaren Krankheiten. Erlaß des Ministers des Innern vom 9. Oktober 1911 — M. 12412 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Euer Hochwohlgeboren (Hochgeboren) übersende ich in der Anlage ergebenst eine Nachweisung der in Preußen im Jahre 1910 amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten, zusammengestellt auf Grund der mir eingereichten berichtigten Jahresnachweisungen, zur gefälligen Kenntnisnahme. In der Nachweisung sind auch die Zahlen der Todesfälle an den einzelnen Krankheiten nach den standesamtlichen Sterbekarten verzeichnet.

Wenngleich die Zahl der polizeilich gemeldeten Todesfälle bei der meisten Krankheiten nicht mehr ganz so weit hinter diesen Zahlen zurückbleibt wie in den Vorjahren, so ist der Unterschied doch noch sehr erheblich, so daß es notwendig sein dürfte, die Beteiligten erneut darauf hinzuweisen, daß die Todesfälle an übertragbaren Krankheiten auch dann anzuzeigen sind, wenn die Erkrankung bereits angezeigt wurde.

Nach

über die im Preußischen Staate im Jahre 1910

aufgestellt auf Grund der von den Regierungspräsidenten auf

berichtigten

Regierungsbezirke	Aussatz			Cholera			Diphtherie			Fleckfieber			Kindbettfieber		
	Erkrankungen	Todesf. gemeldet		Erkrankungen	Todesf. gemeldet		Erkrankungen	odesf. gemeldet		Erkrankungen	Todesf. gemeldet		Erkrankungen	Todesf. gemeldet	
		sanitätspolizeil.	standesamtlich		sanitätspolizeil.	standesamtlich		sanitätspolizeil.	standesamtlich		sanitätspolizeil.	standesamtlich		sanitätspolizeil.	standesamtlich
Königsberg	1	—	—	—	—	—	1580	127	254	1	1	—	107	25	28
Gumbinnen	—	—	—	—	—	—	438	51	208	—	—	—	77	25	24
Allenstein	—	—	—	—	—	—	787	155	248	—	—	—	71	17	18
Danzig	—	—	—	32	8	7	1084	148	249	1	—	—	178	67	49
Marienwerder	—	—	—	3	—	—	1220	94	350	—	—	—	171	45	47
Landespolizeibezirk Berlin	—	—	—	—	—	—	8629	812	858	—	—	—	314	100	277
Potsdam[1])	—	—	—	4	4	4	5261	285	445	—	—	—	223	41	83
Frankfurt	—	—	—	—	—	—	3308	198	305	—	—	—	170	46	56
Stettin	—	—	—	1	—	—	2515	115	218	1	—	—	138	23	35
Köslin	—	—	—	—	—	—	1545	121	227	—	—	—	76	20	23
Stralsund	—	—	—	—	—	—	754	44	69	—	—	—	28	10	13
Posen	—	—	—	—	—	—	2430	230	433	14	—	1	230	61	60
Bromberg	—	—	—	—	—	—	1000	87	229	—	—	—	126	36	30
Breslau	—	—	—	—	—	—	2194	182	253	—	—	—	247	86	78
Liegnitz	—	—	—	—	—	—	1952	97	163	—	—	—	174	59	48
Oppeln	—	—	—	2	—	—	2605	380	624	—	—	—	376	97	102
Magdeburg	—	—	—	—	—	—	4468	155	337	—	—	—	155	29	40
Merseburg	—	—	—	—	—	—	5686	337	514	—	—	—	160	53	68
Erfurt	—	—	—	—	—	—	2028	161	200	1	1	—	75	14	19
Schleswig	—	—	—	—	—	—	3666	246	333	—	—	—	179	45	49
Hannover	—	—	—	—	—	—	1781	87	179	—	—	—	57	21	31
Hildesheim	—	—	—	—	—	—	2299	172	209	—	—	—	41	9	11
Lüneburg	—	—	—	—	—	—	1287	87	111	—	—	—	43	16	20
Stade	—	—	—	2	—	—	949	46	66	—	—	—	60	11	7
Osnabrück	—	—	—	—	—	—	456	35	47	—	—	—	31	14	16
Aurich	—	—	—	—	—	—	274	18	23	—	—	—	20	9	7
Münster	—	—	—	—	—	—	1123	95	157	—	—	—	103	28	40
Minden	—	—	—	—	—	—	1078	104	127	—	—	—	80	25	37
Arnsberg	—	—	—	—	—	—	3741	359	442	—	—	1	340	119	99
Cassel	—	—	—	—	—	—	3588	256	433	—	—	—	165	29	32
Wiesbaden	—	—	—	—	—	—	2557	157	206	—	—	—	119	35	35
Koblenz	—	—	—	—	—	—	829	76	105	—	—	—	102	32	35
Düsseldorf	—	—	—	—	—	—	5089	359	515	—	—	—	312	98	140
Cöln	—	—	—	—	—	—	3524	232	285	—	—	—	106	34	47
Trier	—	—	—	—	—	—	819	87	120	—	—	—	120	35	47
Aachen	—	—	—	—	—	—	1097	83	128	—	—	—	55	18	18
Sigmaringen	—	—	—	—	—	—	180	13	13	—	—	—	15	4	3
Zusammen	1	—	—	44	12	11	83 821	6291	9683	18	2	2	5044	1436	1772

[1]) Ohne die Stadtkreise Charlottenburg, Schöneberg, Rixdorf, Deutsch Wilmers
…lche mit dem Stadtkreise Berlin den Landesbezirk Berlin bilden.

weisung
amtlich gemeldeten Fälle von übertragbaren Krankheiten,
den Erlaß vom 4. März 1908 — M. Nr. 12 544 — eingereichten
Jahresnachweisungen.

Körnerkrankheit	Tuberkulose		Milzbrand			Ruhr			Rückfallfieber			Scharlach		
	Todesfälle		Erkrankungen	Todesf.		Erkrankungen	Todesf.		Erkrankungen	Todesf.		Erkrankungen	Todesf.	
	sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet		sanitätspolizeil. gemeldet	standesamtlich gemeldet
518	720	1225	6	1	1	5	—	—	—	—	—	1397	113	172
1181	190	686	—	—	—	25	1	3	—	—	—	777	96	142
1616	268	430	2	—	—	1	—	—	—	—	—	837	124	182
1193	636	1099	9	1	—	2	—	1	—	—	—	614	65	85
680	212	1098	1	—	—	24	4	6	—	—	—	1082	80	248
73	3332	5406	1	—	—	8	3	3	—	—	—	8290	443	492
162	1479	2560	5	1	1	6	—	4	—	—	—	4428	150	260
88	759	1753	13	2	—	1	—	3	—	—	—	2107	72	136
209	673	1222	5	—	—	1	—	1	—	—	—	2027	98	120
148	358	802	—	—	1	—	—	—	—	—	—	628	30	72
63	114	351	1	—	—	—	—	—	—	—	—	318	6	12
1943	831	1846	21	—	—	9	4	7	1	—	—	2321	171	274
505	312	1024	3	—	—	2	—	1	—	—	—	1844	206	412
354	2362	3487	6	—	—	180	19	18	—	—	—	2505	101	116
70	704	1620	8	—	—	7	2	2	—	—	—	1464	33	44
310	1560	3514	4	—	—	4	—	—	—	—	—	4260	588	985
138	1050	1804	11	—	—	18	3	5	—	—	—	1888	32	94
177	980	1602	—	—	—	4	—	14	1	—	—	2605	89	122
48	346	651	3	1	1	—	—	1	—	—	—	1096	30	45
33	1220	1886	19	1	1	2	—	1	—	—	—	1695	30	46
31	556	1117	—	—	—	5	1	1	—	—	—	1180	23	50
60	588	906	2	—	—	9	2	3	—	—	—	1192	29	43
68	385	624	7	—	—	82	6	9	—	—	—	687	11	14
13	316	596	2	—	—	1	—	1	—	—	—	500	7	21
1	461	712	1	—	—	1	1	—	—	—	—	485	6	6
1	225	407	—	—	—	—	—	1	—	—	—	161	4	5
224	1060	1691	2	—	—	5	1	2	—	—	—	1858	107	148
19	614	1233	4	—	—	6	—	1	—	—	—	597	26	28
567	3108	3760	3	—	—	70	8	6	—	—	—	6025	438	427
32	1028	1582	3	2	2	8	1	1	—	—	—	1810	56	96
15	1493	2164	3	—	—	1	—	—	—	—	—	1859	28	42
11	735	1274	10	3	3	2	—	—	—	—	—	1000	51	61
148	4065	5350	10	2	1	58	5	6	—	—	—	6238	258	308
35	1351	2308	3	1	1	3	1	—	—	—	—	2560	61	91
7	1182	1643	2	—	—	8	—	—	—	—	—	746	22	39
13	554	921	4	—	—	5	2	1	—	—	—	1521	44	56
—	108	125	—	—	—	—	—	—	—	—	—	61	4	4
10 754	35 965	60 479	174	15	12	536	64	102	2	—	—	70 613	3732	5498

dorf, Lichtenberg, sowie die Landgemeinden Boxhagen, Rummelsburg und Stralau,

Fortsetzung siehe folgende Seite.

Nachweisung

der in Preußen im Jahre 1910 amtlich gemeldeten Fälle an übertragbaren Krankheiten.

Trichinose			Typhus			Fleisch-, Fisch- u. Wurstvergiftung			Spinale Kinderlähmung			Regierungsbezirke
Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	Erkrankungen	Todesf. sanitätspolizeil. gemeldet	Todesf. standesamtlich gemeldet	
—	—	—	432	44	68	—	—	—	30	1	—	Königsberg
—	—	—	266	18	23	6	—	—	8	1	—	Gumbinnen
—	—	—	253	18	30	—	—	—	6	1	—	Allenstein
—	—	—	331	48	54	—	—	—	2	—	—	Danzig
—	—	—	486	60	81	11	—	—	3	—	—	Marienwerder
—	—	—	515	92	85	—	—	2	10	1	7	Berlin
—	—	—	426	48	74	6	—	6	15	4	4	Potsdam [1]
—	—	—	355	53	71	3	—	1	—	—	—	Frankfurt
—	—	—	620	81	85	1	1	1	12	1	1	Stettin
—	—	—	227	26	30	—	—	—	2	1	3	Köslin
—	—	—	62	10	18	—	—	—	4	1	—	Stralsund
8	1	—	501	59	71	25	—	—	2	—	—	Posen
—	—	—	537	57	82	1	—	1	—	—	1	Bromberg
—	—	—	620	107	106	88	—	—	7	—	1	Breslau
—	—	—	215	29	36	—	—	—	5	—	—	Liegnitz
—	—	—	404	68	67	11	2	2	11	2	2	Oppeln
—	—	—	422	46	62	16	—	—	—	—	—	Magdeburg
—	—	—	543	63	71	51	1	—	2	—	3	Merseburg
—	—	—	300	37	41	—	—	—	3	1	1	Erfurt
—	—	—	280	23	31	10	5	3	4	—	3	Schleswig
—	—	—	129	11	30	—	—	1	—	—	—	Hannover
—	—	—	382	25	35	16	—	—	5	—	—	Hildesheim
—	—	—	163	16	20	1	—	—	1	—	3	Lüneburg
—	—	—	162	17	18	—	—	—	1	—	—	Stade
—	—	—	112	20	21	—	—	—	23	1	—	Osnabrück
—	—	—	32	4	4	—	—	—	—	—	1	Aurich
—	—	—	267	19	27	—	—	—	13	1	—	Münster
—	—	—	249	24	36	76	2	3	5	2	5	Minden
—	—	—	754	112	129	—	—	—	35	8	6	Arnsberg
—	—	—	221	19	28	—	—	—	22	3	4	Cassel
—	—	—	213	28	31	—	—	—	17	4	4	Wiesbaden
—	—	—	267	30	36	—	—	—	15	2	—	Coblenz
—	—	—	893	126	153	—	—	1	30	4	10	Düsseldorf
—	—	—	269	34	39	9	—	1	16	2	2	Cöln
—	—	—	510	62	70	—	—	—	—	—	—	Trier
—	—	—	202	29	26	97	2	—	4	2	3	Aachen
—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	1	Sigmaringen
8	1	—	12 624	1563	1889	428	13	22	313	43	65	zusammen

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.

J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr 22. 20. November. 1911.

Rechtsprechung.

Polizeiverordnungen, durch die das Ankündigen nicht freigegebener Arzneimittel verboten werden, sind rechtsgültig; Dorman gehört zu solchen Heilmitteln. Urteil des preuß. Kammergerichts (I. Str.-S.) vom 12. Oktober 1910.

Die in Betracht kommende Polizeiverordnung steht nicht mit der Gewerbeordnung in Widerspruch, sie findet ihre Grundlage in § 6 des Polizeiverwaltungsgesetzes, durch den der Polizei die Sorge für Leben und Gesundheit übertragen ist. Durch die Ankündigung von Heilmitteln, deren Verkauf beschränkt ist, können aber Personen gesundheitlichen Nachteil erfahren, indem sie nicht rehtzeitig die Hülfe eines tüchtigen Arztes in Anspruch nehmen.

Die öffentliche Ankündigung eines Mittels liegt auch dann vor, wenn in der Ankündigung zunächst auf eine zu erteilende Auskunft hingewiesen und in dieser dann ein Mittel angegeben wird[1]; der Hinweis wird damit tatsächlich zu einem Bestandteil der Ankündigung.

Lupinapulver (ausgezeichnetes Mittel gegen Magenbeschwerden usw., bestehend aus Pepsin, Condurango-Extrakt, Menthol, Milchzucker, Weizenstärke usw.) ist ein Heilmittel im Sinne der Kaiserl. Verordnung vom 22. Oktober 1901, seine Ankündigung ist demnach in den Bezirken verboten, in denen das öffentliche Ankündigen und Anpreisen der dem Verkehr nicht überlassenen Arzneimittel untersagt ist. Urteil des preuß. Kammergerichts (II. Str.-S.) vom 2. November 1911.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Fakrkosten bei Dienstreisen mit Kraftwagen. Allgemeine Verfügung des Staatsministeriums vom 3. Oktober 1911.

Auf Grund des § 4 des Gesetzes, betreffend die Reisekosten der Staatsbeamten, vom 26. Juli 1910 (Gesetzsamml. S. 150) wird folgendes bestimmt:

Auf Dienstreisen, die mit Kraftwagen ausgeführt werden, finden die Vorschriften des Reisekostengesetzes vom 26. Juli 1910 und der Ausführungsbestimmungen vom 24. September 1910 mit folgender Maßgabe Anwendung:

§ 1. Hat ein Beamter eine Strecke mit einem Kraftwagen zurückgelegt, so werden ihm auf Antrag an Stelle der bestimmungsmäßigen Fahrkosten die notwendigen Auslagen erstattet, wenn

1. die Benutzung eines anderen Verkehrsmittels nicht möglich war oder
2. infolge der Benutzung des Kraftwagens die gesamten Reisekosten sich ermäßigen oder
3. ein zwingendes dienstliches Interesse, insbesondere wegen des Zweckes der Reise oder der besonderen Dringlichkeit des Falles, die Fahrt mit dem Kraftwagen geboten erscheinen läßt oder
4. wenn in sonstigen Fällen wichtige dienstliche Gründe die Benutzung des Kraftwagens ausnahmsweise rechtfertigen — insbesondere, wenn dadurch

---

[1]) In einer Berliner Zeitung war folgendes Inserat erschienen: Magenverdauungs- und Stuhlbeschwerden kann man sich selbst heilen. Auskunft gibt kostenlos gern an Jedermann Krankenschwester Maria-Wiesbaden. Nach der gerichtsseitig erfolgten Feststellung hatte dann jeder ein hektographiertes Schreiben erhalten, in dem Lupinapulver empfohlen wurde; einigen Personen war auch eine Broschüre d[illegible]über zugeschickt. Für die Zusendung hatte die Angeklagte eine Ent[illegible]g von den Herstellern erhalten.

eine zweckmäßige Zusammenlegung mehrerer Reisen ermöglicht wird oder Uebernachtungen vermieden werden oder eine sonstige erhebliche, im dienstlichen Interesse liegende Zeitersparnis erzielt wird — und eine unverhältnismäßige Verteuerung der Reise nicht eintritt.

Der Antrag ist in der Reisekostenrechnung kurz zu begründen, eine Belegung der Auslagen ist nicht erforderlich. Falls die Dienstreise eine Umzugsreise ist, gehören zu den zu erstattenden Auslagen nicht solche Kosten, die im Regelfall als Umzugskosten anzusehen sind.

Liegen die Voraussetzungen des Absatz 1 nicht vor, so erhält der Beamte Fahrkosten nach den bestimmungsmäßigen Kilometersätzen.

§ 2. Die Bestimmung im § 8 Absatz 4 der Ausführungsbestimmungen vom 24. September 1910 gilt nicht in den Fällen des § 1 Absatz 1 dieser Verfügung.

§ 3. Als Kraftwagen im Sinne dieser Verfügung gelten auch Krafträder.

Festsetzung von Pauschvergütungen für Dienstreisen nach nahe gelegenen Orten. Allgemeine Verfügung des Staatsministeriums vom 13. Oktober 1911.

Auf Grund des § 9 des Gesetzes, betreffend die Reisekosten der Staatsbeamten, vom 26. Juli 1910 (Gesetzsamml. S. 150) wird folgendes bestimmt:

§ 1. Für Dienstreisen nach nahe gelegenen Orten und zurück, die mit der Eisenbahn, der Kleinbahn oder dem Schiff ausgeführt werden und an demselben Tage angetreten und beendet werden können, werden an Stelle der in dem Reisekostengesetz vom 26. Juli 1910 und den Ausführungsbestimmungen vom 24. September 1910 vorgesehenen Reisekosten die im § 2 festgesetzten Pauschvergütungen gewährt.

Als nahe gelegen im Sinne dieser Verfügung gilt ein Ort, wenn die bei einer Berechnung der Fahrkosten maßgebende Entfernung zwischen ihm und dem Wohnort (bei Reisen, die am Urlaubsort angetreten und beendet werden, zwischen ihm und dem Urlaubsort) nicht mehr als 30 km beträgt und wenn zwischen beiden Orten ein Vorort-, Stadt-, Ring- oder Straßenbahnverkehr besteht oder in sonstiger Weise mit den im Abs. 1 genannten Verkehrsmitteln täglich von 6 Uhr Morgens ab in jeder der beiden Reiserichtungen eine mindestens achtmalige fahrplanmäßige Verbindung vorhanden ist. Werden auf einer Reise mehrere Geschäftsorte berührt, so gelten sie als nahe gelegen, wenn jeder einzelne Geschäftsort von dem Wohnort (Urlaubsort) wenigstens in einer Reiserichtung nicht mehr als 30 km entfernt liegt und wenn zwischen den einzelnen Orten in beiden Reiserichtungen die im vorstehenden Satz angegebenen günstigen Verkehrsverbindungen bestehen.

Die Pauschvergütung nach § 2 wird auch gewährt, wenn die Dienstgeschäfte an einem nahegelegenen Orte nicht an einem Tage beendet werden und der täglichen Rückkehr des Beamten nichts entgegensteht.

§ 2. Es erhalten die im § 1 des Reisekostengesetzes genannten Beamten:

unter I . . .	16 M.,	unter V . . .	8 M.,
„ II . . .	14 „	„ VI . . .	7 „
„ III . . .	12 „	„ VII . . .	6 „
„ IV . . .	11 „		5 „

Die Pauschvergütung der Beamten unter I bis IV erhöht sich um 2 M., wenn für die ganze Strecke der Fahrpreis für die erste Eisenbahnwagenklasse bezahlt ist, die der Beamten unter V bis VI um 1 M., wenn für die ganze Strecke der Fahrpreis für die zweite Eisenbahnwagenklasse oder die erste Schiffsklasse bezahlt ist.

Sind dem Beamten auf der ganzen Strecke die von ihm benutzten Verkehrsmittel (§ 1 Abs. 1) unentgeltlich zur Verfügung gestellt worden, so beträgt die Pauschvergütung:

bei I . . .	14.50 M.,	bei V . . .	7.00 M.,
„ II . . .	12.50 „	„ VI . . .	6.00 „
„ III . . .	10.50 „	„ VII . . .	5.00 „
„ IV . . .	9,50 „		4,00 „

Uebersteigen die in den vorstehenden Absätzen festgesetzten Pauschvergütungen diejenigen Beträge, welche den Beamten nach den sonst anzuwendenden Vorschriften zustehen würden, so erhalten sie nur die geringeren Beträge.

§ 3. Die im § 2 Abs. 1 bezeichneten Pauschvergütungen werden auch

gewährt, wenn der Beamte die Eisenbahn, die Kleinbahn oder das Schiff nicht benutzt hat. Hat aber der Beamte dabei statt der Eisenbahn, der Kleinbahn oder des Schiffes ein unentgeltlich gestelltes Verkehrsmittel benutzt, dessen Kosten aus staatlichen Kassen bestritten werden, so erhält er die im § 2 Abs. 2 bezeichnete Pauschvergütung.

§ 4. Auslagen des Beamten für die Beförderung von Akten, Karten, Geräten usw., deren er zur Erledigung des Dienstgeschäftes bedarf, sowie Schnellzugszuschläge werden gesondert erstattet.

Hat der Beamte auf der Dienstreise höhere Beträge aufwenden müssen, als die Pauschvergütung beträgt, so werden ihm die Mehrauslagen bis zur Höhe der Vergütung, welche nach den sonst anzuwendenden Vorschriften zu gewähren wäre, erstattet. Der Beamte hat zu diesem Zwecke seine Auslagen nach den einzelnen Arten summarisch geordnet anzugeben; eine Belegung ist nicht erforderlich.

§ 5. Diese Verfügung gilt nicht für Reisen, für welche an Stelle der in dem Reisekostengesetz und den Ausführungsbestimmungen vom 24. September 1910 vorgesehenen Vergütungen gemäß § 17 oder § 8 Abs. 2 Satz 1 oder § 9 des Reisekostengesetzes anderweitige Beträge in anderer als der in dieser Verfügung vorgesehenen Weise festgesetzt sind oder festgesetzt werden.

§ 6. Diese Verfügung gilt nicht für Reisen, die zum Zweck der Erledigung von Dienstgeschäften im Ausland ganz oder teilweise außerhalb des Reichsgebiets ausgeführt werden.

Die Gebühren für die Prüfung der Ausrüstung von Kauffahrteischiffen mit Arznei- usw. Mitteln brauchen von den vollbesoldeten Kreisärzten nicht an die Staatskasse abgeführt werden. Erlaß des Ministers des Innern — M. 2307 — vom 7. November 1911 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nachdem die Prüfung der Ausrüstung von Kauffahrteischiffen mit Arznei- und anderen Hilfsmitteln sowie mit Lebensmitteln zur Krankenpflege (§ 15 der Bekanntmachung vom 3. Juli 1905 — R. G. Bl. S. 568) durch den Erlaß vom 29. April 1911 — M. 3168 — unter die vertrauensärztliche Tätigkeit der Kreisärzte eingereiht worden ist, für die die Gebühren auch den vollbesoldeten Kreisärzten verbleiben, hat der Erlaß vom 31. Dezember 1910 (M. 2871 II) seine Geltung verloren.

Mitführung von Chemikalien durch die Desinfektoren bei Eisenbahnfahrten. Erlaß des Ministers der öffentlichen Arbeiten vom 14. Oktober 1911 — M 12516 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Der gewerbetechnische Beirat des Reichs-Eisenbahn-Amts hat sich gutachtlich dahin geäußert, daß gegen die Beförderung der von den amtlichen Desinfektoren mitgeführten Reinigungsmittel (Ammoniak, Formalin und Spiritus) in den Personenwagen im Interesse der Sicherheit des Eisenbahnverkehrs keine Bedenken beständen, wenn die in dem beiliegenden Bericht des Landrats des Saalkreises vom 3. Februar d. J. erwähnten Mengen (insgesamt 9 kg) nicht überschritten und die Chemikalien in der dort beschriebenen Weise verpackt würden.

Hiernach und im Hinblick auf das vorliegende öffentliche Interesse will ich im Einverständnis mit dem Reichs-Eisenbahn-Amt auf Grund des § 2 Abs. 2 der Eisenbahn-Verkehrsordnung genehmigen, daß die Mitnahme der fraglichen Stoffe in die Personenwagen zugelassen wird.

Die Königlichen Eisenbahndirektionen sind mit Weisung versehen.

Verlegung von Apotheken. Erlaß des Ministers des Innern — M 7361 — vom 7. Oktober 1911 an die Herren Oberpräsidenten.

Der Apothekerkammer-Ausschuß hat an mich die Bitte gerichtet, es möchten bei der Verlegung von Apotheken die Besitzer der Apotheken, die durch die in Aussicht genommene veränderte Lage betroffen werden, mit ihren etwaigen Widersprüchen ebenso gehört werden, wie es nach dem Erlasse vom 13. Juli 1840 (Min.-Bl. f. d. i. V. S. 310) bei Neuanlagen von Apotheken vorgeschrieben ist. Da durch Verlegung von Apotheken unter Umständen wesentliche Verschiebungen der Absatzgebiete der Apotheken herbeigeführt werden können, so ersuche ich Ew. pp. ergebenst, soweit dies nicht schon

bisher geschehen ist, gefälligst die Bestimmung des vorerwähnten Erlasses in Anwendung zu bringen, wenn es sich um die Verlegung von Apotheken in nahe benachbarten Orten oder in Orten mit mehreren Apotheken handelt.

B. Grossherzogtum Baden.

Berufspflichten der Zahnärzte. Verordnung des Ministeriums des Innern vom 29. Juni 1911.

Auf Grund des § 134 des Polizeistrafgesetzbuchs wird verordnet:

Die Zahnärzte sind verpflichtet:

1. neben der durch die §§ 3 und 4 der Vollzugsverordnung zur Gewerbeordnung vom 23. Dezember 1883 vorgeschriebenen Anmeldung des Beginns ihrer Berufstätigkeit bei der Ortspolizeibehörde auch dem Bezirksarzt unter Vorlage der Approbationsurkunde schriftliche Anzeige von ihrer Niederlassung zu erstatten;

2. von jeder Verlegung ihrer Niederlassung sowie von der Einstellung der Ausübung der Zahnheilkunde den Bezirksarzt des bisherigen Wohnortes in Kenntnis zu setzen;

3. der Ortspolizeibehörde die ihnen bei Ausübung ihres Berufes bekannt werdenden gewaltsamen Todesfälle, lebensgefährlichen Körperverletzungen, Vergiftungen, Verbrechen und Vergehen wider das Leben mitzuteilen;

4. über die Behandlung eines Verletzten, dessen Verwundung den Gegenstand einer gerichtlichen Untersuchung bildet, nach Vorschrift der Dienstanweisung für Gerichtsärzte vom 4. Januar 1883 §§ 47, 48 ein Tagebuch zu führen und dem Gerichtsarzte vorzulegen, sowie diesen von eintretenden gefährlichen Verschlimmerungen zu benachrichtigen;

5. der Abgabe von Arzneimitteln, abgesehen von dringenden Fällen oder besonderer staatlicher Erlaubnis, sich zu enthalten.

C. Grossherzogtum Hessen.

Vorschriften über die staatliche Prüfung von Wochenpflegerinnen. Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 4. Aug. 1911.

Die nachstehenden von uns erlassenen Vorschriften über die staatliche Prüfung von Wochenpflegerinnen im Großherzogtum werden hierdurch zur öffentlichen Kenntnis gebracht.

Vorschriften über die staatliche Prüfung von Wochenpflegerinnen.

§ 1. Prüfungen von Wochenpflegerinnen finden unter nachfolgenden Bestimmungen statt.

§ 2. Prüfungen werden in den beiden staatlichen Hebammenlehranstalten Gießen und Mainz abgehalten.

Die Prüfungskommission besteht aus dem Direktor der Hebammenlehranstalt als Vorsitzenden, dem Kreisarzt oder dessen Stellvertreter und, sofern für den Unterricht in der Wochenpflegerinnenschule ein besonderer Lehrer bestellt ist, aus diesem.

§ 3. Prüfungen finden nach Bedarf, und zwar in der Regel am Ende eines Wochenpflegerinnen-Lehrgangs statt.

§ 4. Zulassungsgesuche sind bei dem Direktor der Hebammenlehranstalt, an der die Prüfung abgelegt werden soll, unter Beischluß der erforderlichen Nachweise (§ 5) einzureichen.

Bewerberinnen, deren Gesuche später als drei Wochen vor dem Beginn des in der „Darmstädter Zeitung" bekannt zu gebenden Prüfungstermins eingehen, haben keinen Anspruch auf Berücksichtigung.

§ 5. Dem Zulassungsgesuch sind beizufügen:

1. der Nachweis der Vollendung des 21. Lebensjahres,

2. ein behördliches Leumundszeugnis; sollte die Bewerberin unehelich geboren haben, so ist dies ausdrücklich anzugeben,

3. das Zeugnis über eine erfolgreich zum Abschluß gebrachte Volksschulbildung oder über eine gleichwertige Bildung,

4. der selbst verfaßte und eigenhändig geschriebene Lebenslauf,

5. ein kreisärztliches Zeugnis über geistige und körperliche Tauglichkeit zum Wochenpflegeberuf; darin ist zugleich zu bescheinigen, daß die Bewerberin nicht an körperlichen Fehlern oder Krankheiten leidet, die sie an

der Ausübung des Wochenpflegeberufs hindern oder die zu pflegenden Personen schädigen könnten,

6. der Nachweis einer mindestens dreimonatigen erfolgreichen Teilnahme an einem zusammenhängenden Lehrgang in einer der in § 2 genannten Anstalten,

7. der Nachweis über die Wiederimpfung innerhalb des letzten Jahres.

Der Nachweis unter Ziffer 6 ist durch das schriftliche Zeugnis des Arztes zu erbringen, der den Unterricht im Wochenpflegerinnen-Lehrgang geleitet hat.

Der Vorsitzende der Prüfungskommission entscheidet über die Zulassung.

§ 6. Weibliche Krankenpflegepersonen, die im Besitz eines auf Grund des Bundesratsbeschlusses vom 22. März 1906 erteilten Ausweises sind (vergl. Bekanntmachung vom 22. Februar 1908, Reg.-Bl. S. 47), können ausnahmsweise schon auf den Nachweis einer mindestens sechswöchigen Teilnahme an dem in § 5 Abs. 1 Ziff. 6 vorgeschriebenen Lehrgang zur Prüfung zugelassen werden.

Ueber die Zulassung entscheidet die Prüfungskommission.

§ 7. Ausnahmsweise können Personen auch ohne den in § 5 Abs. 1 Ziffer 6 geforderten Nachweis zur Prüfung zugelassen werden, wenn sie den Nachweis einer mindestens gleichwertigen Ausbildung in der Wochenpflege erbringen und im übrigen die in § 5 Abs. 1 Ziffer 1 bis 5 und 7 geforderten Zulassungsbedingungen erfüllen.

Ueber die Zulassung entscheidet die Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege des Ministeriums des Innern auf Antrag der Prüfungskommission.

§ 8. Die im Anschluß an einen Lehrgang (§ 5 Abs. 1 Ziffer 6) abgelegte Prüfung ist für dessen Teilnehmer gebührenfrei.

In allen anderen Fällen ist für die Prüfung, ausschließlich der Kosten für Verpflegung (§ 11 Abs. 2), eine Gebühr von 10 Mark vor Beginn der Prüfung zu entrichten.

Wer von der Prüfung spätestens zwei Tage vor ihrem Beginn zurücktritt, erhält die bereits entrichteten Prüfungsgebühren zurückerstattet.

§ 9. Die Ladung der Prüflinge wird von dem Vorsitzenden der Prüfungskommission verfügt. Sie soll spätestens acht Tage vor Beginn der Prüfung erfolgen. Zugleich mit der Ladung wird der Bewerberin ein Abdruck der Prüfungsvorschriften mit der Aufforderung zugestellt, sich am Tage vor der Prüfung bei dem Direktor der Hebammenlehranstalt (§ 2) zu melden, um die Pflege einer Wöchnerin und eines Säuglings, sowie eine Nachtwache zu übernehmen.

§ 10. Zu einem Prüfungstermin werden in der Regel nicht mehr als zehn Prüflinge zugelassen.

§ 11. Der Vorsitzende hat dafür Sorge zu tragen, daß die nötigen Prüfungsräume und sachlichen Hilfsmittel bereitgehalten und die für die praktische Prüfung sich eignenden Wochenbettfälle und Säuglinge ausgesucht werden.

Der Prüfling tritt für die Dauer der Prüfung in die Verpflegung der Hebammenlehranstalt; die Entschädigung hierfür ist an die Anstaltsverwaltung zu entrichten.

§ 12. Die Prüfung zerfällt in einen mündlichen und in einen praktischen Teil; jener wird in der Regel zuerst abgehalten.

§ 13. Der Vorsitzende leitet die Prüfung und verteilt die Prüfungsgegenstände (§ 14) unter die Prüfenden.

Die praktische Prüfung wird von dem Direktor der Hebammenlehranstalt oder von dem für den Unterricht in der Wochenpflegerinnenschule etwa besonders bestellten Lehrer in Gegenwart des Kreisarztes abgehalten.

§ 14. Die mündliche Prüfung erstreckt sich auf folgende Gegenstände:

1. Bau und Verrichtungen des menschlichen Körpers.

2. Allgemeine Lehre von den Erkrankungen und ihren Erscheinungen, besonders Fieber und Puls, Ansteckung, Wundkrankheiten, Asepsis und Antiseptik.

3. Einrichtungen in Gebär- und Wochenbetträumen: den Anforderungen der Gesundheitslehre entsprechende Herrichtung und Ausstattung des Wochenzimmers, Lüftung, Beleuchtung, Heizung, Wasserversorgung, Beseitigung der Abgänge.

4. Wöchnerinwartung: insbesondere Reinlichkeitspflege, Versorgung mit Wäsche, Lagerung und Umbetten der Wöchnerin, Wöchnerintransport, Badepflege.

5. Wöchnerinernährung: Zubereitung und Darreichung der gewöhnlichen Wöchnerinspeisen und -getränke.

6. Wöchnerinbeobachtung: Wöchnerinbericht an den Arzt, Ausführung ärztlicher Verordnungen, Bericht über das Befinden des Säuglings (Nabel, Haut, Wundsein, Nahrungsaufnahme, Stuhl- und Urinentleerung, Fieber usw.).

7. Hilfeleistung bei Untersuchung und Behandlung, namentlich bei der Wundbehandlung der Wöchnerin und des Säuglings, Hilfeleistung bei Operationen, sowie bei der Betäubung, Vorbereitung des Verbandmaterials und der Instrumente.

8. Hilfeleistung bei plötzlich auftretenden Leiden und Beschwerden, bei gefahrdrohenden Krankheitserscheinungen, bei Unglücksfällen (Blutstillung, künstliche Atmung) und Vergiftungen, Grenzen der Hilfeleistungen.

9. Pflege bei ansteckenden Krankheiten der Wöchnerin und des Säuglings, Verhütung der Uebertragung von Krankheitskeimen auf andere Personen, Desinfektionslehre.

10. Zeichen des eingetretenen Todes, Behandlung der Leiche.

11. Gesetzliche und sonstige Bestimmungen, soweit sie die Wochenpflegetätigkeit berühren.

12. Verpflichtung der Wochenbettpflegerin in bezug auf allgemeines Verhalten gegenüber der Wöchnerin und deren Angehörigen, sowie gegenüber den Aerzten, Geistlichen, Hebammen und Mitpflegerinnen, Berücksichtigung des Seelenzustandes der Wöchnerin, Verschwiegenheit.

13. Die wichtigsten Grundsätze der Säuglingspflege.

§ 15. In der praktischen Prüfung wird jedem Prüfling bei der Meldung in der Hebammenlehranstalt die selbständige Pflege einer Wöchnerin und eines Säuglings einschließlich einer Nachtwache bis zum Mittag des nächsten Tages übertragen. Die Ausführung dieser Aufgabe erfolgt unter Aufsicht des für die Wöchnerin verantwortlichen Arztes und Pflegepersonals.

Es ist darauf zu achten, daß dem Prüfling die zur Erholung erforderliche Zeit freigelassen wird.

Die wichtigeren Vorkommnisse während der Pflege hat der Prüfling kurz schriftlich zu vermerken.

In der praktischen Prüfung sollen die Prüflinge ihre Kenntnisse in der Ausführung ärztlicher Verordnungen, in der Badepflege und Desinfektion, sowie gegebenenfalls in der Hilfeleistung bei Operationen und bei der Betäubung praktisch dartun.

§ 16. Das Ergebnis der Prüfung wird für jede Geprüfte in einer Niederschrift vermerkt, die von den Mitgliedern der Prüfungskommission zu unterzeichnen ist.

§ 17. Jeder Prüfende faßt sein Urteil über die Kenntnisse und Fertigkeiten der Geprüften zusammen unter ausschließlicher Verwendung der Zensuren „sehr gut" (1), „gut" (2), „genügend" (3), „ungenügend" (4), „schlecht" (5).

Hat der Prüfling von einem Prüfenden die Zensur „schlecht" oder von zwei Prüfenden die Zensur „ungenügend" erhalten, so gilt die Prüfung als nicht bestanden.

Im übrigen hat der Vorsitzende am Schluß der Prüfung die Zensuren zusammenrechnen und die Gesamtzensur durch Teilung mit der Anzahl der Prüfenden zu ermitteln. Ergeben sich hierbei Bruchteile, so entscheidet das Ergebnis der praktischen Prüfung.

§ 18. Tritt ein Prüfling ohne eine nach dem Urteil der Prüfungskommission genügende Entschuldigung im Lauf der Prüfung zurück, so hat er sie vollständig zu wiederholen.

Die nicht bestandene oder ohne Entschuldigung nicht vollendete Prüfung kann nicht öfter als zweimal und frühestens nach drei Monaten, spätestens nach drei Jahren wiederholt werden. Sie muß bei derjenigen Prüfungskommission stattfinden, bei der die frühere Prüfung begonnen ist.

Ausnahmen können von der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege des Ministeriums des Innern aus besonderen Gründen gestattet werden.

§ 19. Der Prüfling wird, falls er die Prüfung nicht bestanden hat, vom Vorsitzenden davon benachrichtigt und erhält auf seinen Antrag die eingereichten Zeugnisse zurück, nachdem auf dem Zeugnis über die Teilnahme an einem Wochenpflegelehrgang (§ 5 Abs. 1 Ziffer 6) ein Vermerk über den Ausfall der Prüfung gemacht worden ist.

Wenn die Prüfung bestanden ist, reicht der Vorsitzende die Prüfungsverhandlung unter Beifügung der Gesamtzensur an die Abteilung für öffent-

liche Gesundheitspflege des Ministeriums des Innern zur staatlichen Anerkennung der Wochenpflegerin ein.

Im Fall der Anerkennung wird ein Ausweis nach Muster A erteilt.

§ 20. Personen, die schon vor dem Inkrafttreten dieser Prüfungsvorschriften an einem Wochenpflegelehrgang von ausreichender Dauer teilgenommen haben und durch das Zeugnis des zuständigen beamteten Arztes oder des Leiters einer Entbindungsanstalt oder einer vom Staat anerkannten geistlichen oder weltlichen Wochenpflegegenossenschaft nachweisen, daß sie mindestens drei Jahre lang als Privatwochenpflegerinnen oder im Anstalts- oder Gemeindedienst Wochenpflege in befriedigender Weise ausgeübt haben, kann die staatliche Anerkennung ohne vorherige Prüfung erteilt werden. In Ausnahmefällen, besonders bei Angehörigen solcher geistlichen oder weltlichen Wochenpflegegenossenschaften, die ihren Angehörigen schon bisher eine sorgfältige, zum Teil über die gegenwärtigen Vorschriften hinausgehende Ausbildung erteilt haben, kann schon eine zweijährige Tätigkeit als ausreichend anerkannt werden.

Auf Vorschlag der Prüfungskommission kann, wenn besonders dringende Gründe vorliegen, ausnahmsweise auch der Nachweis des Besuchs eines Wochenpflegelehrgangs erlassen werden.

Anträge auf Grund der Absätze 1 und 2 sind bei der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege des Ministeriums des Innern einzureichen. Die Anerkennung setzt voraus, daß der Antrag von einer gutachtlich über diesen gehörten Prüfungskommission befürwortet wird.

§ 21. Hebammenschülerinnen, die nach dem Inkrafttreten dieser Prüfungsvorschriften in einer der in § 2 genannten Anstalten ausgebildet sind, kann die staatliche Anerkennung als Wochenpflegerin auf Antrag der Anstaltsdirektion durch die Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege des Ministeriums des Innern ohne weiteres erteilt werden.

§ 22. In den Fällen der §§ 20 und 21 ist ein Ausweis nach Muster B zu erteilen.

23. Die staatliche Anerkennung als Wochenpflegerin kann von der zu deren Erteilung zuständigen Behörde zurückgenommen werden, wenn Tatsachen vorliegen, die den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die für die Ausübung des Wochenpflegeberufs erforderlich sind, oder wenn die Wochenpflegerin den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt.

Muster A.

Ausweis für staatlich anerkannte Wochenpflegerinnen.

. . . . aus . . . ., welche vor der staatlichen Prüfungskommission in . . . . die Prüfung für Wochenpflegerinnen mit der Gesamtzensur . . . . bestanden hat und die zur Ausübung des Wochenpflegeberufs erforderlichen Eigenschaften besitzt, erhält hiermit die Bescheinigung, daß sie staatlich als Wochenpflegerin anerkannt ist.

Für den Fall, daß Tatsachen bekannt werden, welche den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die zur Ausübung des Wochenpflegeberufs erforderlich sind, oder wenn die Wochenpflegerin den in Ausübung der staatlichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt, bleibt die Zurücknahme dieser Anerkennung vorbehalten.

Darmstadt, den . . . . 19 . .

Dienststempel. Großherzogliches Ministerium des Innern, Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege.

Muster B.

Ausweis für staatlich anerkannte Wochenpflegerinnen.

. . . . aus . . . ., welche den Nachweis der Ausbildung in der Wochenpflege erbracht hat und die zur Ausübung des Wochenpflegeberufs erforderlichen Eigenschaften besitzt, erhält hiermit die Bescheinigung, daß sie staatlich als Wochenpflegerin anerkannt ist.

Für den Fall, daß Tatsachen bekannt werden, welche den Mangel derjenigen Eigenschaften dartun, die zur Ausübung des Wochenpflegeberufs erforderlich sind, oder wenn die Wochenpflegerin den in Ausübung der staat-

lichen Aufsicht erlassenen Vorschriften beharrlich zuwiderhandelt, bleibt die Zurücknahme der Anerkennung vorbehalten.

Darmstadt, den . . . . 19 . .

Dienststempel. Großherzogliches Ministerium des Innern, Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege.

D. Freie Hansestadt Hamburg.

Schlussdesinfektion bei Diphtherie und Scharlach. Beschluß des Medizinalamts vom 1. September 1911.

In Hamburg ist die (Schluß-) Desinfektion bei Diphtherie und Scharlach vorgeschrieben, sobald und soweit sie vom zuständigen Medizinalbeamten für erforderlich erachtet wird. (Verordnung des Senats vom 9. Juni 189.). Dabei müßte also, streng genommen, jeder einzelne Fall von dem zuständigen Medizinalbeamten auf die Notwendigkeit der Desinfektion geprüft werden. Tatsächlich geschieht das nicht. Es wurde im Juni 1899 angeordnet, daß in allen Fällen von Diphtherie und Scharlach zu desinfizieren ist und zwar mit der Maßgabe:

1. „daß in allen diesen Fällen die Desinfektion ohne weiteres auszuführen ist, sobald die Haushaltsvorstände resp. deren Stellvertreter derselben zustimmen;"

2. „daß in allen Fällen, bei welchen die Haushaltungsvorstände resp. deren Stellvertreter Widerspruch erheben, vorgängig beim Medizinalrat angefragt wird, ob er die generelle Anordnung auch für den speziellen Fall aufrecht erhält."

Auf Grund der im Mai 1910 eingeführten Verpflichtung der Aerzte zur sofortigen Meldung der Infektionsfälle und der zugleich damit vorgeschriebenen ausführlichen Mitteilungen von Einzelheiten bei diesen Fällen hält das Medizinalkollegium jetzt eine andere Unterscheidung als die obige für angezeigt.

Das Medizinalkollegium hat folgendes beschlossen:

1. In einer Auswahl von Fällen, in denen das Medizinalamt auf Grund der ärztlichen Meldungen eine besondere Untersuchung durch seine Beamten für erforderlich hält (Häufung von Fällen in einzelnen Familien, Häusern, Anstalten, Schulepidemien, Nahrungsmittelhandel u. dgl.), wird die Desinfektion vom Medizinalamt angeordnet werden;

2. in allen Fällen, in denen Scharlach und Diphtheriekranke in ein Krankenhaus überführt worden sind, wird die Desinfektion in derselben Weise wie bisher, unverzüglich nach der Ueberführung ausgeführt werden;

3. in allen übrigen Fällen soll den Haushaltungsvorständen ein mit einem Kartenbrief versehenes Schreiben nach folgendem Muster vom Medizinalamt geschickt werden:

„Aus ihrer Wohnung ist ein Fall von Scharlach — von Diphtherie — gemeldet worden. Sie werden ersucht, dem Medizinalamt auf dem beiliegenden Kartenbrief mitzuteilen, wann und ob der behandelnde Arzt die (Schluß-) Desinfektion für erforderlich hält. Der Kartenbrief ist dem Medizinalamt unfrankiert zu übersenden."

Sobald eine solche Karte im Medizinalamt eintrifft, wird die Desinfektion nach dem Wunsche des behandelnden Arztes vom Medizinalamt gebührenfrei veranlaßt werden.

Der Kartenverkehr mit den Haushaltungsvorständen ist gewählt worden, um den Aerzten Schreibwerk zu sparen.

Die Maßregel tritt am 1. Oktober d. J. in Kraft.

(Kartenbrief.)

Hamburg, den . . . . . 191 .

Der behandelnde Arzt, Herr Dr. . . . . . . hält die Desinfektion für erforderlich. Sie kann am . . . . vorgenommen werden.

Name: . . . .

Wohnung: . . . .

(Stempel.)

An das Medizinalamt Hamburg 36.

Portopfl. Dienstsache.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. F. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr 23. 5. Dezember. 1911.

Rechtsprechung.

Unbillige Einsprüche von Nachbarn gegen den geplanten Erweiterungsbau einer Privatklinik. Entscheidung des Königl. Sächsischen Oberverwaltungsgerichts (I. Sen.) vom 28. Juni 1911.

Der Frauenarzt Dr. K. ist Eigentümer des in Dresden an der C.-Str. Nr. 1 gelegenen Hausgrundstücks, in dem er eine Privatklinik und Entbindungsanstalt unterhält. Zu deren Erweiterung beabsichtigt er, an der Rückseite des villenartigen Hauptgebäudes einen etwa 11 m langen und 9 m breiten, aus Erd- und 1 Obergeschosse bestehenden Anbau auszuführen. In der Bauanzeige ist gesagt, daß infolge des Umbaues von den genehmigten 25 „Betten“ vier wegfallen und neun „gewonnen“ werden, so daß eine Vermehrung von fünf Betten eintritt.

Der Stadtrat beschloß, den Erweiterungsbau nicht zu genehmigen. Begründet ist diese Entschließung nur mit dem Hinweise darauf, daß durch die Vergrößerung des klinischen Betriebes die nachbarlichen Interessen beeinträchtigt würden.

Auf den von Dr. K. eingewendeten Rekurs hob die Kreishauptmannschaft Dresden den Beschluß des Stadtrates durch Kollegialentscheidung vom 2. Februar 1911 auf.

Hiergegen erhoben die Nachbarn Anfechtungsklage beim Oberverwaltungsgericht. Dieses entschied wie anfangs angegeben, und führte begründend dazu aus:

Soweit Einwendungen gegen die Auslegung erhoben werden, welche die Kreishauptmannschaft der Vorschrift im § 87 Ziff. 3 Abs. 2 gegeben hat, ist die Klage unbegründet. Wenn es dort heißt, daß Privatkliniken auch innerhalb der Bauklasse D zugelassen werden können, so ist damit der Baupolizeibehörde die Ermächtigung erteilt, die Errichtung und selbstverständlich auch die Erweiterung derartiger Anstalten zu genehmigen, nachdem sie vorher die Eigentümer der „angrenzenden“ Grundstücke gehört hat. Diesem Erfordernisse ist im vorliegenden Falle genügt worden und gerade hierdurch haben die Kläger die Möglichkeit erlangt, ihre Bedenken gegen das Vorhaben Dr. K.s geltend zu machen. Ein absolutes Widerspruchsrecht steht ihnen hiergegen nicht zu, wohl aber ein Anspruch darauf, daß ihre Einwendungen sachlich geprüft werden. Auch das ist geschehen; nur sind die angerufenen Verwaltungsinstanzen dabei zu verschiedenen Ergebnissen gelangt. Gegenstand der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts kann daher nur die Frage sein, ob die Annahme der Kreishauptmannschaft zutrifft, daß die von den Klägern geäußerten Befürchtungen [1]) der tatsächlichen Grundlage entbehren.

---

[1]) Die Kläger hatten Widerspruch mit folgender Begründung erhoben: Die im Klinikbetriebe unvermeidliche Anwendung von Desinfektions- und Narkotisierungsmitteln, insbesondere die Aetherdünste verursachten einen deutlich wahrnehmbaren, bis in die Nachbargrundstücke dringenden widerlichen Geruch. Auf den Veranden des Dr. K.schen Hauses hielten sich Kranke und Genesende auf, auch würden dort die von den Kranken benutzten Betten, Teppiche und Matratzen gereinigt und gelüftet. Dies gewähre für die Bewohner der benachbarten Häuser einen nicht nur wenig angenehmen, sondern „geradezu Unbehagen verursachenden“ Anblick. Ebenso würden die Umwohner durch den Anblick der an den Fenstern der Klinik sich aufhaltenden Kranken „in hohem Grade belästigt“. Endlich hätte die starke Benutzung des Waschhauses zur Reinigung der vielen Krankenwäsche mannigfach Uebelstände im Gefolge.

Ob der Umstand, daß sich Kranke zeitweilig an den Fenstern und auf der Veranda der Klinik aufhalten, zur Rechtfertigung des Widerspruchs gegen den Erweiterungsbau genügen würde, wenn die Klinik zur Aufnahme von Personen diente, die an ekelerregenden, entstellenden oder ansteckenden Krankheiten leiden, braucht nicht erörtert zu werden; denn daß eine dieser Voraussetzungen zuträfe, ist nicht behauptet, auch fehlt hierfür jeder tatsächliche Anhalt. Inwiefern aber das Verweilen anderer erkrankten Personen an den Fenstern oder auf der Veranda die Nachbarschaft mehr belästigen soll, als wenn es sich um Gesunde handelt, ist nicht erfindlich.

Die Veranden — von denen sich in jedem Geschosse nur eine von etwa 6 qm Fläche befindet, — die angeblich zum Lüften der Betten und Reinigen der Teppiche benutzt werden, sind von dem Grundstücke N.s und B. aus überhaupt nicht sichtbar, da sie durch den geplanten Anbau verdeckt werden. Die hierauf bezüglichen Einwendungen dieser beiden Kläger sind daher tatsächlich gegenstandslos. Dem Sch.schen Grundstücke liegen diese Veranden allerdings gegenüber, sie sind vom dort befindlichen Wohnhause aber gegen 25 m entfernt. Schon ihre geringe räumliche Ausdehnung läßt eine Benutzung zu dem angegebenen Zweck nur in beschränktem Umfange zu. Daß hierdurch eine wirklich beachtliche Belästigung der Nachbarschaft verursacht wird, ist wenig wahrscheinlich. Aber selbst wenn es der Fall sein sollte, kann nicht zugegeben werden, daß durch die geringfügige Vermehrung der Bettenzahl eine für die Umgebung merkliche Verschlechterung des jetzigen Zustandes zu befürchten steht.

Aus demselben Grunde können auch die Einwendungen gegen die stärkere Benutzung des Waschhauses nicht als gerechtfertigt anerkannt werden, ganz abgesehen davon, daß es sich insoweit nicht um Beeinträchtigungen handelt, die ihre notwendige Ursache in der Eigentümlichkeit des Klinikbetriebes haben. Die gleichen Uebelstände — ihr Bestehen vorausgesetzt — würden vermutlich auch dann eintreten, wenn die Dr. K.sche Privatkrankenanstalt in eine Fremdenpension oder in einen Gasthof umgewandelt würde.

Was endlich die angeblichen Geruchsbelästigungen betrifft, die durch Verwendung von Narkotisierungs- und Desinfektionsmitteln sowie von Verbandstoffen in der Klinik verursacht werden sollen, so werden die Behauptungen der Kläger durch die überzeugenden Ausführungen des Stadtbezirksarztes widerlegt. Nach dem Gutachten vom 13. April verwendet Dr. K. keine Desinfektionsmittel, weil die ausschließlich aseptisch arbeitende moderne Chirurgie bei Operationen niemals antiseptische Mittel benutzt, Raumdesinfektionen aber nicht in Frage kommen, da Personen mit ansteckenden Krankheiten in der Klinik nicht aufgenommen werden dürfen. Die bei Operationen verbrauchten Aethermengen aber sind schon an sich so gering — 50 bis 150 g in einem Zeitraum von 1 bis 2 Stunden — und der Aetherdunst wird durch die Luft derart verdünnt, daß er, sobald die Fenster des Operationszimmers geöffnet werden, überhaupt nicht mehr wahrnehmbar ist. Infolgedessen hat der Sachverständige bei den wiederholt und zuletzt am 11. April unmittelbar nach zwei größeren Operationen vorgenommenen Besichtigungen irgendwelchen Geruch von Desinfektions- und Narkotisierungsmitteln nicht bemerkt.

Wenn die Kläger neuerdings geltend machen, es handle sich um einen „allgemeinen Krankenhausgeruch“, der insbesondere Frauenkliniken eigentümlich sei, so haben die auf Beschluß des Oberverwaltungsgerichts von der Wohlfahrtspolizei vorgenommenen Ermittelungen zwar ergeben, daß zeitweilig bei westlicher Windrichtung schwer bestimmbare üble Gerüche in der hier in Betracht kommenden Gegend auftraten. Es hat aber dafür, daß sie aus der Dr. K.schen Klinik herrühren, kein Anhalt gefunden werden können; denn während der Geruch nicht blos in der näheren Umgebung der Klinik, sondern in einem großen Teile der Neustadt wahrnehmbar war, konnte in den Räumen der Klinik selbst kein irgendwie auffallender Geruch festgestellt werden. Das Oberverwaltungsgericht kann den zutreffenden Darlegungen, die das Gutachten des Stadtbezirksarztes vom 16. Juni über diesen Punkt enthält, auch hier nur beitreten. Die von den Klägern hiergegen unter Berufung auf Zeugen gemachten Einwendungen sind nicht stichhaltig. Es handelt sich im Streitfalle um die Beurteilung von Erscheinungen, die dem Laien kaum geläufig sind und von ihm mehr oder minder nach seinem subjektiven Empfinden bewertet werden. Zu ihrer objektiven Beurteilung ist Sachkunde nötig, die den be-

nannten Zeugen, wie die Kläger sich selbst bescheiden, abgeht. Es würde daher durch die Vernehmung der Zeuginnen, selbst wenn sie einen sogenannten Klinikgeruch wahrgenommen haben sollten, nichts gewonnen sein, zumal die Kläger nicht zu behaupten vermocht haben, die Zeuginnen könnten bestätigen, daß der bemerkte Geruch von der Klinik Dr. K.s ausgehe. Aber selbst wenn auch dies von den Zeuginnen bekundet werden sollte, würde es sich doch hierbei nur um ganz vereinzelte Wahrnehmungen von Laien handeln, die gegenüber den wiederholten sachkundigen Beobachtungen des Stadtbezirksarztes nicht ins Gewicht fallen könnten. Auch würde durch jene eine irgendwie erhebliche Belästigung der Nachbarschaft nicht nachgewiesen sein. Eine solche wäre auch ausgeschlossen, wenn die am Schlusse des Schriftsatzes vom 22. Juni wiedergegebene Behauptung des Klägers B. als wahr unterstellt wird. Es ist unerfindlich, wie der Geruch von Wäschestücken, die von Patienten getragen worden sind, zu einer Belästigung der Nachbarn führen soll. Ebensowenig ist bis jetzt nachgewiesen, daß das Verbrennen der Verbandstoffe im Badeofen die Nachbarschaft und namentlich die Kläger beeinträchtigt hat. Sollten hieraus für sie Uebelstände mit Grund zu befürchten sein, so würde dies doch nicht zur Beachtung der Klage, sondern nur dazu führen können, dem Baubewerber die Anschaffung eines Verbrennungsofens für diesen Zweck zur Bedingung zu machen.

Sollte die Benutzung des geplanten Neubaues wider Erwarten Nachteile für die Kläger im Gefolge haben, so muß ihnen überlassen bleiben, entweder aus § 906 des Bürgerlichen Gesetzbuches Zivilklage zu erheben oder, falls die auftretenden Nachteile gleichzeitig eine Gefährdung der Allgemeinheit darstellen würden, den Schutz der Wohlfahrtspolizeibehörde anzurufen.

Korrespondenzbl. der ärztl. Kreis- u. Bezirksvereine i. Königr. Sachsen; Nr. 21.

Medizinal-Gesetzgebung.

Königreich Preussen.

Desinfektionswesen in Preussen. Desinfektoren-Schulen. Erlaß des Ministers des Innern vom 8. November 1911 — M. Nr. 11670 I — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Aus den Berichten, die auf die Erlasse vom 17. Mai 1910 — M 10829 II — (Min.-Bl. S. 264) und vom 1. August 1910 — M 11502 — (Min.-Bl. S. 348) eingegangen sind, ergibt sich, daß das Desinfektionswesen in den Jahren 1909 und 1910 wiederum weiter ausgestaltet worden ist. Nach der beiliegenden Nachweisung 1*) sind nunmehr 3352 staatlich geprüfte Desinfektoren (gegen 3071 in der vorigen Nachweisung), 1342 (gegen 1171) im öffentlichen Gebrauch stehende Dampf- und 3665 (gegen 3194) Formaldehyd-Desinfektionsapparate vorhanden. In den staatlichen Desinfektorenschulen wurden im Jahre 1910, wie die Nachweisung 2**) zeigt, 51 Desinfektoren-Ausbildungskurse für 534 Teilnehmer, von denen 528, darunter 70 Krankenpflegepersonen, die Schlußprüfung bestanden, abgehalten. Ferner wurden in 27 abgekürzten Lehrgängen 463 Krankenschwestern, Krankenwärter und Gemeindeschwestern mit Erfolg in den Grundzügen der Desinfektion unterwiesen. Außerdem fanden 29 Wiederholungskurse für 346 Desinfektoren statt.

Die Dauer der Kurse war im allgemeinen dieselbe wie in den Vorjahren, nur erwies es sich mehrfach als notwendig, die Kurse für Krankenpflegepersonen auf 4 Tage zu verlängern. In den Desinfektorenausbildungskursen wurde von den apparatlosen Formalindampfentwickelungsmethoden neben dem Autan- und Kaliumpermanganatverfahren, von denen das letztere meist empfohlen wurde, auch das Paraform-Permanganatverfahren mehrfach praktisch vorgeführt. In Frankfurt a./M. wurde zur Ausbildung geprüfter Desinfektoren im Kaliumpermanganatverfahren ein besonderer zweitägiger Kurs abgehalten. Im allgemeinen wurde das Hauptgewicht auf die praktische Ausbildung gelegt, da dieser viel mehr Verständnis entgegengebracht wird als theoretischen Darlegungen; es wurde daher darauf gesehen, daß jeder Schüler an einer möglichst großen Zahl von Wohnungsdesinfektionen teilnahm. Auch die Probeentnahme von Stuhl- und Urin- sowie von Wasserproben wurde praktisch geübt. In den Kursen für Krankenpflegepersonen wurde die

[1]) Siehe Anmerkung *) und **) auf Seite 200.

Wohnungsdesinfektion nur nebenher, in der Hauptsache dagegen die Des-

---

*) **Nachweisung der Desinfektoren und Desinfektionsapparate.**

Reg.-Bez.	staatlich geprüfte Desinfektoren¹)	im öffentlichen Gebrauche stehende Dampf- Desinfektionsapparate.²)	Formaldehyd- Desinfektionsapparate.²)	Reg.-Bez.	staatlich geprüfte Desinfektoren¹)	im öffentlichen Gebrauche stehende Dampf- Desinfektionsapparate.²)	Formaldehyd- Desinfektionsapparate.²)
Königsberg .	43	39	73	Schleswig . .	112	79	161
Gumbinnen .	32	21	34	Hannover . .	44	10	39
Allenstein. .	44	26	43	Hildesheim .	66	28	61
Danzig	53	26	42	Lüneburg . .	58	13	65
Marienwerder	73	24	68	Stade	40	14	40
Berlin	127	14	101	Osnabrück . .	42	35	39
Potsdam¹) . .	210	82	210	Aurich	13	14	17
Frankfurt . .	101	39	127	Münster . . .	85	65	91
Stettin	76	42	85	Minden	83	23	74
Köslin	52	18	53	Arnsberg . .	213	80	182
Stralsund . .	22	4	25	Cassel	85	20	75
Posen	119	50	117	Wiesbaden .	95³)	32	185
Bromberg . .	74	28	65	Koblenz . . .	59	26	81
Breslau . . .	136	65	147	Düsseldorf . .	215	170	345
Liegnitz . . .	121	47	130	Cöln	164	27	170
Oppeln. . . .	210	60	228	Trier	103	33	89
Magdeburg .	104	31	103	Aachen	88	14	111
Merseburg . .	129	29	114	Sigmaringen . .	7	3	6
Erfurt	54	11	69				
				Zusammen	3552	1342	3665

¹) **Außerdem eine Anzahl nicht staatlich geprüfter Desinfektoren und Krankenpflegepersonen, die nach Ablegung der Desinfektorenprüfung zur Schlußdesinfektion innerhalb der Krankenanstalten ermächtigt sind.**

²) **Die in Krankenanstalten, Kontrollstationen und Choleraharacken befindlichen Desinfektionsapparate sind in einzelnen Regierungsbezirken mitgezählt.**

³) **Und 11 geprüfte Feuerwehrleute als Hilfsdesinfektoren.**

) **Nach dieser Nachweisung betrug die Zahl der im Jahre 1910 in mit Desinfektorenschulen verbundenen Instituten ausgebildeten Desinfektoren: Hygienisches Institut der Universität Königsberg i. Pr.: 8 (davon aus dem Bezirk Königsberg 8); Bakteriologisches Untersuchungsamt der Stadt Danzig: 25 (davon Danzig 15, Marienwerder 10); Medizinaluntersuchungsamt in Potsdam: 52 (Potdam 40, Frankfurt 12); Hygienisches Institut der Universität Greifswald: 25 (Stettin 15, Köslin 6, Stralsund 4); Hygienisches Institut in Posen: 18 (Posen 12, Bromberg 6); Hygienisches Institut der Universität Breslau 103 (Breslau 57, Liegnitz 20, Oppeln 25, Posen 1); Hygienisches Institut der Universität Halle a. S.: 35 (Magdeburg 16, Merseburg 14, Erfurt 5); Hygienisches Institut der Universität Kiel: 22 (Schleswig 22); Medizinaluntersuchungsamt Hannover: 10 (Hannover 5, Lüneburg 2 Stade 2, Fürstentum Lippe 1); Hygienisches Institut der Universität Göttingen: 14 (Hildesheim 9, Aurich 3, Osnabrück 2); Medizinaluntersuchungsamt in Münster: 8 (Münster 4, Minden 4); Institut für Hygiene und Bakteriologie in Gelsenkirchen: 26 (Münster 3, Arnsberg 22, Düsseldorf 1); Hygienisches Institut der Universität Marburg: —; Städtisches Hygienisches Institut in Frankfurt a. M.: 11 (Cassel 2, Wiesbaden 8, Sigmaringen 1); Medizinaluntersuchungsamt in Coblenz: 6 (Coblenz 6); Medizinaluntersuchungsamt in Düsseldorf: 105 (Düsseldorf 103, Münster 1, Aachen 1); Bakteriologisches Untersuchungsamt der Stadt Cöln: 43 (Cöln 34, Aachen 7, Düsseldorf 2); Medizinaluntersuchungsstelle in Trier: 11 (Trier 10, Birkenfeld 1). Außerdem sind fast überall noch Kurse zur Ausbildung von Krankenpflegepersonen in der Desinfektion am Krankenbett abgehalten.

infektion am Krankenbett und die Entnahme von Untersuchungsmaterial von Kranken gelehrt und geübt. Soweit Zeit blieb, wurden an der Hand von Merkblättern einzelne Abschnitte aus dem Gebiete der Hygiene, so besonders die Fürsorge für Lungenkranke und für Säuglinge, besprochen.

Der Bildungsgrad und die Befähigung der Desinfektoren gab gelegentlich zu Klagen Anlaß; in Frankfurt a./M. wird an 2 Nachmittagen jeden Kurses durch einen Lehrer Rechenunterricht erteilt, da den Schülern insbesondere die Berechnung des Rauminhalts von Zimmern und der Verdünnung von Desinfektionsmitteln nicht selten Schwierigkeiten bereitet. Mehrfach mußten Personen, die älter als 45 Jahre waren, ausgebildet werden, da in der betreffenden Gegend keine geeignete jüngere Person zu finden war.

Bei den Wiederholungskursen zeigten die Teilnehmer meist hinreichende praktische und theoretische Kenntnisse. Als vorteilhaft erwies es sich, zu Beginn der Kurse eine kleine Prüfung abzuhalten, um festzustellen, wo Lücken vorhanden waren. Hierbei zeigte es sich mehrfach, daß ältere Desinfektoren dazu neigen, Desinfektionslösungen nach Gutdünken ohne Abmessen zu mischen. Einigen im Jahre 1903 ausgebildeten Desinfektoren war ie mechanisch-chemische Desinfektion völlig unbekannt.

Auch die Nachprüfungen durch die Kreisärzte fielen meist zufrieden stellend aus; nur vereinzelt mußten Desinfektoren wegen Untüchtigkeit aus ihrem Amte entfernt werden.

Das Unterichtsmaterial der Desinfektorenschulen wurde mehrfach durch Anschaffungen vermehrt; eine Anzahl von Schulen verfügt bereits über einen besonderen Desinfektionsraum, dessen Wände teils tapeziert sind, teils einen verschiedenartigen Anstrich besitzen.

Die wirtschaftliche Lage der Desinfektoren hat sich meist entsprechend der Zunahme der Desinfektionen erheblich gebessert, wenn auch die Zahl der Desinfektoren, die ein festes Gehalt beziehen oder denen ein Mindesteinkommen gewährt ist, nur wenig zugenommen hat. Die Gebühren werden den Desinfektoren meist durch die Gemeinde-, Amts- oder Kreiskasse ausgezahlt und nachträglich von den Beteiligten, soweit die Desinfektion nicht unentgeltlich erfolgt, eingezogen. Die Mehrzahl der Desinfektoren ist gegen Erwerbsunfähigkeit durch Unfall, Invalidität oder Alter, viele auch gegen Haftpflicht versichert.

Die Zahl der Desinfektoren ist fast überall ausreichend; nur in einzelten Kreisen fehlen solche; öfters macht es jedoch Schwierigkeiten, bei Verlust eines Desinfektors einen geeigneten Ersatz zu finden. Mehrfach wird darauf hingewiesen, daß Friseure und Heilgehilfen sich nicht zu Desinfektoren eignen, weil sie durch den Geruch nach Desinfektionsmitteln in ihrem Hauptberuf geschädigt werden; am besten haben sich selbständige kleine Handwerker und Gemeindebeamte (Gemeindediener, Feuerwehrleute, Straßenreiniger u. a.) bewährt. Wiederholt ist man auf dem Lande davon abgekommen, Desinfektoren für Amtsbezirke oder Gemeinden anzustellen, da sie dann meist wenig zu tun hatten und geringen Eifer zeigten, und zu dem in vielen Regierungsbezirken bereits üblichen Verfahren der Einteilung der Kreise in eine kleinere Anzahl von Desinfektionsbezirken mit je einem Desinfektor übergegangen.

In dem Erlaß von Polizeiverordnungen über die Vornahme der Desinfektion sowie von Dienstordnungen und Gebührenordnungen für die Desinfektoren sind wiederum Fortschritte gemacht worden. Nicht staatlich geprüfte Desinfektoren sind nur noch in geringer, von Jahr zu Jahr abnehmender Zahl in einigen Bezirken angestellt; sie werden in der Regel nur beibehalten, soweit sie sich den Nachprüfungen durch die Kreisärzte unterwerfen und hierbei genügende Kenntnisse und Fähigkeiten zeigen. Wesentliche Mißstände haben sich nur in der Stadt Stettin gezeigt, wo die nicht staatlich geprüften Desinfektoren bei allen Krankheiten rein schematisch mit Formalin unter Unterlassung der mechanisch-chemischen und der Dampfdesinfektion desinfizierten. Im Regierungsbezirk Schleswig wird in einigen Kreisen nicht selten die polizeilich angeordnete Schlußdesinfektion von Personen, denen Kenntnisse und Apparate fehlen, vorgenommen.

Die Zahl der Desinfektionen hat wesentlich zugenommen. Es ist dies zum großen Teil darauf zurückzuführen, daß die Kosten mehr und mehr von den Kreisen, Amtsbezirken und Gemeinden entweder ganz oder teilweise, in jedem Falle oder bei Personen unter einem gewissen Einkommensatz über-

nommen werden. Auch beim Wohnungswechsel Tuberkulöser tragen vielfach die Kreise, Gemeinden, ein Fürsorgeverein oder die Landesversicherungsanstalt ganz oder teilweise die Kosten der Wohnungsdesinfektion.

Auch bei der Bevölkerung ist die Desinfektion besonders dort, wo sie kostenfrei ausgeführt wird, beliebter geworden; gelegentlich wird auch bei Krankheiten, die einem Desinfektionszwang nicht unterliegen, die Vornahme der Desinfektion gewünscht, so insbesondere bei Keuchhusten, Masern und Influenza. Mehrfach sind dagegen Klagen geäußert worden, daß bei Diphtherie und Scharlach die Wohnungsdesinfektion nutzlos gewesen sei; man hat sich daher, weil die Ursache nicht selten in einer Verschleppung der Krankheitskeime während der Krankheit über die ganze Wohnung zu suchen war, gelegentlich veranlaßt gesehen, die Durchführung der fortlaufenden Desinfektion während der Krankheit überwachen zu lassen und bei der Schlußdesinfektion ein besonderes Gewicht auf die Scheuerdesinfektion der ganzen Wohnung zu legen.

Das Autan- und das Kaliumpermanganatverfahren, insbesondere das letztere, wird bereits vielfach zur Formalinentwickelung an Stelle von Apparaten angewandt, insbesondere bei schwierigen Beförderungsverhältnissen und bei Massendesinfektionen.

Auch in der Desinfektion am Krankenbette sind dank der zunehmenden Aufklärung der Bevölkerung gewisse Fortschritte zu verzeichnen, hauptsächlich allerdings dort, wo die fortlaufende Desinfektion durch hierin ausgebildete Pflegerinnen ausgeführt oder doch, wie es bereits mehrfach geschieht, durch Gemeindeschwestern, Gesundheitsaufseher oder Desinfektoren überwacht wird. Es ist daher zu begrüßen, daß die Zahl der im Desinfektionswesen ausgebildeten Krankenpflegepersonen von Jahr zu Jahr zunimmt. In einzelnen Kreisen sind auch, wo es nicht möglich war, die Gemeindeschwestern zur Desinfektorenschule zu senden, zur Unterweisung in der fortlaufenden Desinfektion für diese Kurse durch den Kreisarzt abgehalten worden. Bemerkenswert ist, daß in Halle a./S die armen Volksschülern geliehenen Bücher regelmäßig desinfiziert werden und daß im Regierungsbezirk Düsseldorf darauf gehalten wird, daß sich in jedem Krankenhause wenigstens eine in der Desinfektion amtlich ausgebildete Person befindet.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, der Förderung des Desinfektionswesens gefälligst auch fernerhin Ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden und mir über die Fortschritte in den Jahren 1911 und 1912 bis zum 1. Juni 1913 unter Beifügung einer Uebersicht über Zahl und Ort der im dortigen Bezirk vorhandenen staatlich geprüften Desinfektoren und der im öffentlichen Gebrauch stehenden Desinfektionsapparate zu berichten.

Beteiligung der Medizinalbeamten und praktischen Aerzte bei der Jugendpflege. Erlaß des Ministers des Innern vom 9. November 1911 — Nr. M. 2259 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Die Erfahrungen, welche in einem Regierungsbezirke bei der Durchführung des Erlasses des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten vom 18. Januar 1911 — U. III. B. 6088 [1]) —, betreffend Jugendpflege, gemacht worden sind, lassen die Vermutung berechtigt erscheinen, daß bisweilen den hygienischen Forderungen nicht genügend Rechnung getragen wird. Der Grund hierfür wird einmal darin erblickt, daß die Kreisärzte den sozialhygienischen Aufgaben auf dem Gebiete der Jugendpflege bisher nicht immer das erforderliche Interesse entgegengebracht haben, sodann darin, daß den von den Gemeinden und Kreisen infolge des genannten Erlasses ins Leben gerufenen besonderen Ausschüssen die zuständigen Medizinalbeamten und Aerzte vielfach nicht angehören. Eine stärkere Beteiligung dieser Personenkreise würde den Absichten des genannten Erlasses und der diesem beigefügten Grundsätze und Ratschläge in besonderem Maße entsprechen.

Ohne die Mitwirkung der ärztlichen Sachverständigen wird die Jugendpflege einen wesentlichen Teil des erhofften Erfolges entraten müssen. Die nach hygienischen Grundsätzen zu leitende leibliche Fürsorge ist eine wichtige Voraussetzung für die geistige und sittliche Pflege der Jugend.

Euere Hochgeboren, Hochwohlgeboren ersuche ich daher im Einver-

---

[1]) Siehe diese Zeitschrift; Beilage Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung zu Nr. 4, 1911; S. 28.

ständnis mit dem Herrn Minister der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten, die Kreisärzte auf die hier vorliegenden sozialhygienischen Aufgaben noch besonders hinzuweisen und ihnen je ein Exemplar der beifolgenden Schriften des Privatdozenten Professors Dr. Kaup „Schädigung von Leben und Gesundheit der Jugendlichen namentlich im Zusammenhang von Zeit und Art der beruflichen Beschäftigung“ und „Sozialhygienische Vorschläge zur Ertüchtigung unserer Jugendlichen“ zur Verfügung zu stellen. Auch wollen Euere Hochgeboren, Hochwohlgeboren die Aerzte des dortigen Bezirks in geeigneter Weise auf die Ziele des vorgenannten Erlasses vom 18. Januar d. Js. aufmerksam machen und bei den Orts-, Stadt-, Kreis- und Bezirksausschüssen für Jugendpflege die Heranziehung der beamteten Aerzte und von geeigneten medizinischen Sachverständigen in Anregung bringen.

Ueberwachung der Margarine- und Kunstspeisefettfabriken. Erlaß der Minister des Innern, für Handel und Gewerbe, für Landwirtschaft usw. vom 27. September 1911 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Ende November und Anfang Dezember 1910 sind zunächst aus Hamburg und dann aus den verschiedensten Gegenden des Reichs zahlreiche Erkrankungen bekannt geworden, die auf den Genuß von Margarine aus den Altonaer Margarinewerken Mohr & Co. G. m. b. H. in Altona-Ottensen zurückgeführt werden konnten. Es hat sich feststellen lassen, daß zur Herstellung der in Betracht kommenden Mengen von Margarine ein bis dahin in der Margarineindustrie nicht gebräuchliches Pflanzenfett Verwendung gefunden hatte, das weder seiner Herkunft nach, noch in seiner Wirkung auf den menschlichen Körper beim Genuß hinreichend bekannt war und, wie inzwischen angestellte Tierversuche ergeben haben, eine ausgesprochene, der Ursache nach allerdings noch nicht völlig aufgeklärte Giftwirkung übt.

Ein gegen den verantwortlichen Geschäftsleiter angestrengtes Strafverfahren hat in erster Instanz mit dessen Verurteilung wegen fahrlässiger Körperverletzung in Tateinheit mit Vergehen gegen §§ 14, 12 des Nahrungsmittelgesetzes geendigt, ist aber, da Revision eingelegt ist, noch nicht abgeschlossen. Ohne Rücksicht darauf, ob im einzelnen Falle ein strafbares Verschulden einer bestimmten Person nachweisbar ist, kann aber nicht zweifelhaft sein, daß die Einführung nicht ausreichend bekannter Stoffe in die Nahrungsmittelindustrie in hohem Maße bedenklich ist.

Es scheint jedoch der Fall der Firma Mohr & Co. nicht vereinzelt dazustehen; vielmehr muß angenommen werden, daß auch in anderen Margarinefabriken Fette von zweifelhafter Natur und Beschaffenheit, die früher nur für technische Zwecke verwendet wurden, und deren Unbedenklichkeit für den menschlichen Genuß nicht mit Sicherheit festgestellt ist, Eingang gefunden haben.

Wir ersuchen ergebenst, gefälligst zu veranlassen, daß die Ueberwachung der Margarine- und Kunstspeisefettfabriken nach Maßgabe der §§ 7 bis 9 des Margarinegesetzes vom 15. Juni 1897 im dortigen Bezirk streng gehandhabt wird. Da nach § 7 a. a. O. diese Betriebe anzeigepflichtig, daher den zuständigen Polizeibehörden bekannt und nach § 8 a. a. O. jederzeit zugänglich sind, ist darauf hinzuwirken, daß die Betriebe tunlichst jährlich mehrmals unter Zuziehung von Nahrungsmittelchemikern revidiert werden.

Dabei würde besonders Nachschau nach den zur Verarbeitung gelangenden Rohstoffen zu halten, deren Mengenverhältnisse, Beschaffenheit und Herkunft (§ 9) festzustellen und auch über die Verwendung von Konservierungsmitteln Erkundigung einzuziehen sein. Auch empfiehlt es sich, die Fabrikanten unter Hinweis auf die §§ 12 bis 14 des Nahrungsmittelgesetzes vom 14 Mai 1879 auf die Gefahr aufmerksam zu machen, die ihnen droht falls sie Stoffe verarbeiten, von deren Unschädlichkeit für den menschlichen Genuß sie sich nicht vergewissert haben.

Falls Fette angetroffen werden, deren Verwendung in der Speisefettindustrie bisher nicht gebräuchlich war, sind, unbeschadet der Untersuchung durch die örtlich zuständigen Untersuchungsanstalten dem Kaiserlichen Gesundheitsamt in Berlin N. W. 23, Klopstockstraße 18, Proben im Gewichte von je etwa 2 kg mit entsprechender Nachricht zuzustellen. Der Untersuchungsbefund wird mit tunlichster Beschleunigung bekannt gegeben werden. Auf diese Weise wird es möglich sein, Schädigungen des Publikums vorzubeugen.

Ew. Hochwohlgeboren wollen hiernach das Erforderliche veranlassen. Ueber das Ergebnis der Revisionen erwarten wir, sofern nicht besondere Vorkommnisse eine frühere Berichterstattung notwendig machen, alljährlich zum 1. Januar Bericht.

Anzeige der Aufnahme von geisteskranken Ausländern in öffentliche Heil- und Pflegeanstalten. Erlaß des Ministers des Innern und des Justizministers vom 31. Oktober 1911 — M. d. I. M. 7378, Just.-M. I 250 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach dem Erlaß vom 16. September 1901 [1]) — Min. d. geistl. Angel. M. 7096, Just.-M. I 5717 — Min. d. I. IIa 7380 — sind die Anzeigen über die Aufnahme von geisteskranken Angehörigen anderer deutschen Bundesstaaten oder von Ausländern seitens der öffentlichen Anstalten an den Herrn Oberpräsidenten, jedoch durch die Hand des Regierungspräsidenten (Polizeipräsidenten von Berlin) zu erstatten.

Da die Inanspruchnahme der dortigen Instanz nach den bisherigen Erfahrungen entbehrlich erscheint, so bestimmen wir hiermit, einer von beteiligter Seite gegebenen Anregung folgend, daß die Anzeigen der öffentlichen Anstalten über Ausländer, die seit dem Erlasse vom 3. Oktober 1904 — J.-M. I 5035, M. d. g. A. M. 7939, M. d. I. IIa 7663 [2]) — allein noch in Betracht kommen, künftig dem Herrn Oberpräsidenten unmittelbar eingereicht werden. Das bisherige Verfahren hinsichtlich der Anzeigen seitens der Privat-Anstalten wird durch diese Anordnung nicht berührt.

Ausstellung von Leichenpässen. Erlaß des Ministers des Innern vom 24. Oktober 1911 — Nr. IId 2914 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach der Fassung des Erlasses vom 29. v. M. [3]) — IId 2209 — sowie nach den über das Gesetz, betreffend die Feuerbestattung vom 14. September d. Js. — Gesetzsamml. S. 193 — im Landtage gepflogenen Verhandlungen (vergl. Bericht der 15. Kommission über den Gesetzentwurf — Drucksache Nr. 157 — Seite 19 Absatz 2 und 3 und Seite 21 Absatz 1) kann es keinem Zweifel unterliegen, daß es sich hier um eine Erweiterung der bestehenden Vorschriften über die Erteilung von Leichenpässen, und zwar für den Transport nach dem Auslande handelt gleichviel, zu welchem Zwecke die Verbringung der Leichen in das Ausland erfolgen soll. Es ist daher in jedem Falle, in welchem die Ausstellung eines Leichenpasses zur Beförderung der Leiche einer in Preußen verstorbenen Person nach einem Orte außerhalb Preußens beantragt wird, sowohl eine Leichenschau gemäß § 8 des Feuerbestattungsgesetzes vorzunehmen, als auch eine Bescheinigung der Ortspolizeibehörde nach § 7 Ziffer 4 a. a. O. beizubringen.

Die von Euerer Hochwohlgeboren weiter aufgeworfene Frage, wer in solchen Orten, in denen neben dem Kreisarzt auch ein Gerichtsarzt tätig ist, zur Ausstellung der in § 7 Absatz 3 Ziffer 2 des Feuerbestattungsgesetzes erwähnten amtsärztlichen Bescheinigung berufen sei, ist dahin zu beantworten, daß in analoger Anwendung der für die Feuerbestattung in Preußen erlassenen Vorschriften (§ 2 der Anlage 2 zur Ausführungsanweisung vom 29. v. M) dort, wo ein besonderer Gerichtsarzt angestellt ist — der nach den bestehenden Bestimmungen gleichfalls zu den beamteten Aerzten gehört — diesem, sonst dem als Gerichtsarzt tätigen Kreisarzt die Ausfertigung der Bescheinigung obliegt.

Hinsichtlich der künftigen Befugnisse der Chefärzte der Militärlazarette und der Direktoren der Königlichen Universitäts-Kliniken auf diesem Gebiete sowie der in einzelnen Fällen zur Ausstellung derartiger Bescheinigungen besonders ermächtigten leitenden Aerzte größerer Krankenhäuser schweben zur Zeit noch Verhandlungen mit den beteiligten Ressorts.

---

[1]) Siehe diese Zeitschrift, Beilage Rechtsprechung u. Medizinal-Gesetzgebung zu Nr. 23, 1901, S 263. [2]) Desgleichen zu Nr. 22, 1904, S. 273.
[3]) Desgleichen zu Nr. 20, 1911; S. 170.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch.-L. Hofbuchdruckerei in Minden.

Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung.

Beilage zur Zeitschrift für Medizinal-Beamte.

Nr 24. 20. Dezember. 1911.

Rechtsprechung.

Betrug bei dem gegen Geldentschädigung gegebenen Versprechen, den Tod eines Dritten durch Sympathiemittel und Beten herbeizuführen. Entscheidung des Reichsgerichts (I. Str.-Sen.) vom 23. Februar 1911.

Die Nichtanwendung des § 263 Str.-G.-B. ist nicht gerechtfertigt. Nach der Feststellung der Strafkammer sind die sämtlichen Merkmale des Betruges von der Angeklagten verwirklicht worden.[1]) Die Strafkammer hat jedoch von Anwendung des § 263 Str.-G.-B. deswegen abgesehen, weil keine Schädigung des rechtlich geschützten Vermögens der A. eingetreten sei. Damit befindet sich das Gericht zwar im Einklang mit der bisherigen Rechtsprechung des Reichsgerichtes; diese wurde aber durch den Beschluß der Vereinigten Strafsenate vom 14. Dezember 1910 verlassen. Von dem dort entschiedenen Falle weicht der vorliegende allerdings insoweit ab, als die getäuschte A. einen Anspruch auf die von der Angeklagten versprochene Gegenleistung, das „Totbeten", nicht allein deswegen nicht hatte, weil das Rechtsgeschäft gegen die guten Sitten verstieß (§ 138 B.-G.-B.), sondern zugleich aus dem Grunde, weil der Vertrag auf eine tatsächlich unmögliche Leistung der Angeklagten gerichtet war (§ 306 B.G.B.). Dieser Unterschied ist aber bedeutungslos. Nach der nunmehr maßgebenden Auffassung des Reichsgerichts wird in diesem und ähnlichen Fällen durch die Vorleistung das Vermögen der getäuschten Person beschädigt; auf die Ursache des Ausbleibens der Gegenleistung kommt es nicht an. Festgestellt ist insbesondere, daß die A. nur der ausgemachten Gegenleistung willen an die Angeklagte gezahlt hat.

Bemessung der Gebühr für die ärztliche Behandlung mit Hochfrequenzströmen. Urteil des preußischen Kammergerichts (XXII. Z.-S.) vom 20. Oktober 1910.

Das erste Urteil beruht auf dem Gutachten des Sachverständigen erster Instanz, Professors St., welches die Angemessenheit des von dem Zedenten der Klageforderung berechneten Gebührensatzes anerkennt. Das Gutachten bedarf der richterlichen Nachprüfung und hierbei kann das Ergebnis, zu welchem der Sachverständige gelangt, nicht aufrechterhalten werden. Der Sachverständige führt aus, daß die Behandlung mit Hochfrequenzströmen in der Gebührenordnung nicht aufgeführt werde und teuerere Apparate erfordere als eine gewöhnliche elektrische Behandlung; er hält hiernach das Dreifache des Höchstsatzes der Gebührenordnung mit Rücksicht auf das ihm angegebene Reineinkommen des Beklagten für angemessen. Dem kann nicht beigepflichtet werden. Bei der entsprechenden Anwendung der Sätze der Gebührenordnung ist nicht außer acht zu lassen, daß die Gebührenordnung selbst einen Spielraum von 1—10 M. für die erste und von 1—5 M. für die folgenden Konsultationen frei läßt; berücksichtigt man also selbst die von dem Sachverständigen für die Zubilligung eines höheren Satzes verwerteten Umstände, so erscheint es ungerechtfertigt, über den Höchstsatz der Gebührenordnung hinauszugehen; dieser Höchstsatz ist ausreichend, die größeren, übrigens nur einmaligen Aufwendungen des Arztes für die Anschaffung der notwendigen Apparate auszugleichen; auch das von dem Sachverständigen seiner Berechnung zugrunde gelegte Jahreseinkommen des Beklagten erscheint keineswegs so

---

[1]) Die Angeklagte hatte sich der Ehefrau A. gegenüber für befähigt und gleichzeitig auch bereit erklärt, deren Ehemann durch Anwendung von Sympathiemitteln und durch Beten ums Leben zu bringen, wofür ihr diese auf Verlangen wiederholt Geld gegeben hatte.

hoch, daß es ein Hinausgehen über den in der Gebührenordnung festgelegten Höchstsatz rechtfertigen könnte.

Hiernach sind auf die streitige Gebührenforderung 175 M. zuzubilligen, der Restbetrag dagegen ist abzusprechen.

Probeentnahme zum Zwecke der Nahrungsmitteluntersuchung. Entscheidung des preuß. Kammergerichts (Fer.-Sen.) vom 11. September 1911.

Um eine Probe Weißbier zu entnehmen, erschien ein Polizeibeamter in dem Schankraum des Gastwirts H. in Berlin. Dieser verlangte die sofortige Bezahlung der Probe und verweigerte ihre Abgabe, da der Beamte nur eine Empfangsbescheinigung erteilen wollte. Wegen dieses Vorgangs wurde H. nach dem Reichsgesetz, betr. den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen, vom 14. Mai 1879 der Prozeß gemacht. Der Berufungsrichter verurteilte den Angeklagten. Seiner Revision hat der Ferienstrafsenat des Kammergerichts den Erfolg versagt. Er ging davon aus, daß nach § 2 Abs. 2 des Gesetzes von 1879 die Beamten der Polizei befugt seien, bei den Gewerbetreibenden, welche die bezeichneten Gegenstände feilhalten, Proben davon zum Zwecke der Untersuchung gegen Empfangsbescheinigung zu entnehmen. Der § 2 Abs. 2 füge hinzu, daß für die entnommene Probe Entschädigung in Höhe des üblichen Kaufpreises zu leisten sei. Der Wortlaut dieser Bestimmung zwinge nicht zu der Auslegung, daß der Polizeibeamte sofort bei der Entnahme der Probe den Kaufpreis entrichten müsse. Es komme hinzu, daß es sich hier nicht um ein zivilrechtliches Kaufgeschäft, sondern um die Vornahme eines obrigkeitlichen Aktes handle. Ferner sei zu erwägen, daß bei sofortiger Entrichtung des Kaufpreises die Rückzahlung erfolgen müßte, wenn später wegen der Beschaffenheit der Probe ein Strafverfahren gegen den Gewerbetreibenden eingeleitet werde und mit seiner Verurteilung zugleich auf deren Einziehung zu erkennen sei. So müsse angenommen werden, daß der Gesetzgeber die nachträgliche Entrichtung des Kaufpreises für zulässig halte.

Wann ist ein in Zersetzung begriffenes Nahrungsmittel zur Zeit des Inverkehrbringens gesundheitsgefährlich? Entscheidung des Reichsgerichts (II. Str.-Sen.) vom 21. Oktober 1910.

Ein Gegenstand, der als Nahrungs- oder Genußmittel verkauft, feilgehalten oder sonst in Verkehr gebracht wird (§ 12 Nr. 1, § 14 N.M.G.) ist dann geeignet, durch seinen Genuß die menschliche zu beschädigen, wenn zu der Zeit, da er in den Verkehr gelangt, die Gefahr der Gesundheitsbeschädigung durch seine derzeitige Beschaffenheit begründet wird. Befindet er sich in einem Zustand innerer Zersetzung, so kann zwar ein alsbaldiger Genuß ungefährlich sein, wenn die Zersetzung geringfügig oder wenn sie soweit fortgeschritten ist, daß sie nur eine Verdorbenheit verursacht hat. Wenn aber die Zersetzung in ihrem regelmäßigen Verlauf eine solche Beschaffenheit erzeugt, daß der Gegenstand nach dem bestimmungsgemäßen oder vorauszusetzenden Gebrauche nicht ohne Gesundheitsgefährdung verzehrt werden kann, so ist er schon zur Zeit des Inverkehrbringens ein solcher, dessen Genuß die menschliche Gesundheit zu beschädigen geeignet ist. Denn was die Gefahr des Schadens an der Gesundheit bei dem späteren Genusse mit sich bringt, ist sein zu dieser Zeit vorhandener Zustand.

Eine andere Frage ist es, ob der Gegenstand dann noch als gesundheitsgefährdendes Nahrungs- oder Genußmittel in Verkehr gebracht wird, wenn die nötigen Vorsichtsmaßregeln getroffen sind, um den Genuß in seiner gesundheitsgefährlichen Beschaffenheit zu verhindern.

Das Urteil hält einen Zustand innerer Zersetzung bei den Fischkonserven für erwiesen und stellt fest, daß der Angeklagte Gegenstände, deren Genuß die menschliche Gesundheit zu beschädigen geeignet war, verkauft und in Verkehr gebracht hat. Dann fällt dem Angeklagten Fahrlässigkeit zur Last, wenn er bei Anwendung der erforderlichen Sorgfalt erkennen mußte, daß zur Zeit des bestimmungsgemäßigen oder vorauszusetzenden Verbrauchs die Zersetzung zu einem gesundheitsgefährdenden Grade vorgeschritten sein würde. In dieser Richtung läßt das Urteil die gebotene Prüfung vermissen.

Der Angeklagte konnte, wie aus den Urteilsfeststellungen zu entnehmen ist, nicht damit rechnen, daß die abgegebenen Konserven alsbald nach der

Ablieferung vollständig verzehrt werden würden. Er hatte keine zu schnellem Verbrauch Anlaß gebende Mitteilungen gemacht, gegenüber dem Gastwirte G. vielmehr von halbjähriger Haltbarkeit gesprochen. Die Menge war nicht unbedeutend. Er mußte also einen mehr oder weniger langsamen Verbrauch in Betracht ziehen. Es ist nicht dargelegt, weshalb er unter diesen Umständen bei gehöriger Sorgsamkeit nicht hätte einsehen müssen, daß die Konserven nicht bloß verdorben, sondern auch — in dem erwähnten Sinne — gesundgefährlich seien.

Das Herstellen von gesundheitsschädlichen Nahrungsmitteln (Verarbeitung verdorbener Heringe durch Räuchern zu Bücklingen) ist nach § 14 des Nahrungsmittelgesetzes strafbar. Entscheidung des Reichsgerichts (III. Str.-Sen.) vom 19. Dezember 1910.

Allerdings stand es dem Angeklagten frei, die Bestimmung, ob die fraglichen Heringe nach ihrer Räucherung als Nahrungs- oder Genußmittel für Menschen dienen sollten, von einer vorherigen Probe abhängig zu machen. Wenn dabei mit der notwendigen Sorgfalt und Umsicht verfahren worden wäre, so würden die Heringe bis zur getroffenen Entscheidung nicht als vom Angeklagten zur menschlichen Nahrung bestimmte Gegenstände anzusehen gewesen sein. Mit Recht konnte aber ein fahrlässiges Verhalten des Angeklagten darin gefunden werden, daß er, obwohl er seine Leute beauftragt hatte, die verdorbenen Heringe zu räuchern, ihnen davon keine Mitteilung gemacht hatte, daß es sich um eine Proberäucherung handle, sich auch, wie es seine Pflicht gewesen wäre, nicht weiter um den Ausfall der Räucherei gekümmert und eine Probe nicht vorgenommen, dadurch aber den Erfolg herbeigeführt hat, daß durch dritte Personen, nämlich seine Arbeiter, die Fische zum Versand fertig in Kisten verpackt dastanden und somit im Sinne des Gesetzes als zur menschlichen Nahrung bestimmt, hergestellt waren, eine Möglichkeit, die er, wie das Gericht zutreffend annimmt, als die Folge seiner Unvorsichtigkeit vorhersehen konnte und von ihm, als dem Inhaber und Leiter des Geschäfts, zu vertreten ist.

Unzulässige Anpreisung eines Spülapparates. Urteil des Reichsgerichts (V. Str.-S.) vom 29. September 1911.

Der Handlungsgehilfe St. hatte einen Scheidenspülapparat in der Weise vertrieben, daß er sich aus dem Adreßbuch die in einer Straße wohnhaften Damen herausschrieb (darunter auch die einer Witwe) und ihnen durch Boten je einen Apparat und eine Flugschrift („Frauenschutz") mit beigegebener Bestellkarte zustellen ließ. Es wurde gegen ihn Strafantrag wegen Vergehens gegen § 184 (Anpreisung unzüchtiger Artikel) gestellt, der zu seiner Verurteilung (300 Mark Geldstrafe) führte. Das Landgericht zu H. nahm an, daß der von St. vertriebene Apparat zum Zweck der Verhütung der Empfängnis und somit auch zum außerehelichen Geschlechtsverkehr bestimmt sei, und daß ferner die beigegebene Flugschrift, weil jedes wissenschaftlichen Werts entbehrend, im höchsten Maße das Scham- und Sittlichkeitsgefühl normaler Personen verletze. Deshalb wurde auch auf Einziehung der bei ihm vorgefundenen Exemplare „Frauenschutz" erkannt. — In seiner beim Reichsgericht eingelegten Revision rügte St. insbesondere, daß der Apparat nicht zu unzüchtigen Zwecken diene und nur an verheiratete Frauen gesandt worden sei; daß auch eine Witwe ihn erhalten habe, beruhe lediglich auf Versehen. Nicht die Verwendungsmöglichkeit, sondern die Zweckbestimmung müsse maßgebend sein. Ferner sei auch die Flugschrift nicht als unzüchtige Schrift anzusehen, da auch eine möglicher Weise vorliegende teilweise Grobsinnlichkeit nicht genüge, das Scham- und Sittlichkeitsgefühl normaler Personen zu verletzen. Der höchste Gerichtshof stellte sich jedoch auf den Standpunkt der Vorinstanz und verwarf das Rechtsmittel St. als unbegründet.

In einer Verteilung von Prospekten von Haus zu Haus ist eine regelmässige Anpreisung an das Publikum zu erblicken. Urteil des Reichsgerichts (V. Str.-S.) vom 6. Oktober 1911.

Der Schlosser H. hatte einen Spül- und Schutzapparat in der Weise vertrieben, daß er mit dem Apparat die einzelnen Häuser aufsuchte und den Einwohnern darauf bezügliche Prospekte aushändigte. Das Landgericht zu D.

nahm zwar an, daß der Apparat zu unsüchtigem Gebrauche bestimmt sei; weil er neben Zwecken der Reinlichkeit in erster Linie zur Verhütung der Empfängnis diene, verneinte jedoch die Anpreisung an das Publikum; denn der Angeklagte sei in jedem einzelnen Falle aufs neue mit den Bewohnern der betreffenden von ihm besuchten Häuser, mithin mit einem genau bestimmten Personenkreis in Verbindung getreten. Das Reichsgericht hob jedoch dieses Urteil auf, da in ihm der Begriff des „Publikums" offensichtlich verkannt sei. Als „Publikum" sei eine Mehrzahl von Personen anzusehen, die unter sich und mit dem Angeklagten in keiner persönlichen Beziehung ständen und keinen durch solche Beziehungen, namentlich durch Vereinigung zu einem bestimmten Zweck abgeschlossenen Personenkreis bildeten.

Umsatzsteuer.

Unter öffentlichen Krankenanstalten im Sinne des § 5 zu d des Stempelsteuergesetzes sind nur solche Krankenanstalten zu verstehen, die im Eigentum oder in der Verwaltung des Staates, der Provinzen, der Kreise, der Gemeinden oder der sonstigen Kommunalverbände stehen und bei denen die Zulassung von jedermann unbedingt oder doch unter gewissen Bedingungen beansprucht werden kann.

Eine mit Korporationsrechten versehene Anstalt ist dann als milde Stiftung anzusehen, wenn a) ihr Hauptzweck auf Unterstützung hilfsbedürftiger Personen durch ganz oder teilweise unentgeltliche Zuwendungen gerichtet ist, b) diese Zuwendungen aus Mitteln beschafft werden, welche die Korporation der Hauptsache nach durch Akte der Mildtätigkeit erhalten hat. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (VII. Sen.) vom 7. Februar 1910.

Die Provinzialirrenanstalten sind als öffentliche Krankenhäuser im Sinne des § 24 Buchst. h des preussischen Kommunalabgabengesetzes anzusehen.

Die Dienstwohnungen des Aerzte- und Pflegepersonals solcher Anstalten geniessen unter der Voraussetzung, dass sie unmittelbar für die Zwecke der Anstalten benutzt werden (§ 241 a. a. O.), Steuerfreiheit ohne Rücksicht darauf, ob sich die Aerzte und Pfleger in amtlicher Stellung befinden oder nicht. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (VIII. Senats) vom 1. Juli 1910.

Die Unterhaltung einer Privatklinik seitens eines Arztes als notwendiges Mittel zur Ausübung seines Berufes fällt nicht unter den Begriff eines Gewerbebetriebes; das in ihr beschäftigte Pfleger- und Wärterpersonal unterliegt daher nicht der Krankenkassenversicherungspflicht.[1]) Urteil des Königl. Sächsischen Oberverwaltungsgerichts (I. Sen.) vom 12. März 1910.

Die Ausübung des ärztlichen Berufes fällt, wie in der Wissenschaft und Rechtsprechung allgemein anerkannt und auch von der Klägerin nicht bestritten wird, nicht unter den Begriff Gewerbebetrieb. Demgemäß kann auch die Unterhaltung einer Privatklinik seitens eines Arztes nicht als ein solcher Betrieb gelten, wenn diese kein selbständiges Unternehmen, sondern lediglich eine Zubehörung der ärztlichen Tätigkeit, nämlich eine zu deren sachgemäßer Ausübung notwendige Einrichtung bildet. Dies trifft aber, wie in dem letzteren Urteile dargelegt ist, namentlich bei den Kliniken derjenigen Spezialärzte zu, deren Tätigkeit hauptsächlich in der Vornahme von Operationen besteht, die aber die zu diesen Verrichtungen und zur Unterbringung ihrer Kranken geeigneten Räumlichkeiten nicht von Dritten (z. B. in Krankenhäusern) zur Verfügung gestellt erhalten. Benutzt in solchen Fällen der einzelne Arzt, seine Anstalt zur Erzielung eines Gewinnes aus der Verpflegung der Kranken, so bleibt sie doch ein notwendiges Mittel zur Ausübung seines ärztlichen Berufes und behält dementsprechend die Eigenschaft einer Zubehörung wenigstens so lange, als nicht der Gewinn aus ihr die Hauptsache für den Erwerb des

[1]) Nach § 165 Nr. 1 des neuen Reichsversicherungsgesetzes unterliegt jedoch künftighin das Krankenpersonal der Krankenkassenversicherungspflicht, soweit es nicht nach den §§ 169—172 gesetzlich davon befreit ist.

betreffenden Arztes ist. Von diesen bereits früher, vom Oberverwaltungsgericht ausgesprochenen Grundsätzen, abzugehen, liegt kein Anlaß vor. Insbesondere hat die Klägerin nichts vorgebracht, was zur Widerlegung jener Ausführungen des Oberverwaltungsgerichts dienen könnte. In einem Teile der von ihr erwähnten Entscheidungen anderer Behörden ist allerdings schlechthin ausgesprochen, daß die Unterhaltung einer Krankenanstalt seitens eines Arztes als ein Gewerbebetrieb sich darstelle. Aber dort sind keine Gründe dafür angegeben, warum jener Satz nicht dann eine Ausnahme erleiden soll, wenn die von einem Arzte errichtete Krankenanstalt ein notwendiges Mittel zur gehörigen Ausübung seines ärztlichen Berufes bildet. Das Urteil des Reichsgerichts vom 17. Mai 1907 stimmt sogar mit der Ansicht des erkennenden Gerichts überein, indem es ausspricht: „Nur, wenn die Krankenanstalt eines Arztes als ein selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle gehalten wird, macht sie ihn zum Gewerbetreibenden und damit das Anstaltspersonal versicherungspflichtig".

Die Privatklinik des Beklagten hingegen ist keine solche selbständige Einrichtung. Seine Tätigkeit als Frauenarzt besteht, wie auch der Bezirksarzt bestätigt hat, hauptsächlich in der Vornahme von Operationen, und es gab für ihn nach seiner insoweit von der Klägerin nicht beanstandeten Auslassung vom 19. August 1908 zur Zeit der Errichtung seiner Klinik keine Möglichkeit, sich in anderer Weise die für ihn nötigen Räumlichkeiten zu beschaffen. Der Bezirksarzt hat auch ausdrücklich erklärt, die Klinik sei als Zubehör der spezialärztlichen Tätigkeit des Beklagten zu betrachten, da ohne eine solche nicht sachgemäß operiert und „nachbehandelt" werden könne.

Die Einwendungen der klagenden Krankenkasse gegen die Aussprache des Bezirksarztes sind unbeachtlich. Die Behauptung, daß der Beklagte aus seiner Klinik einen Reingewinn ziehe, wird von diesem selbst in der Auslassung vom 19. August 1908 entschieden bestritten. Jedenfalls kann nicht angenommen werden, daß daraus ein sehr beträchtlicher Gewinn erzielt wird. Denn das könnte erfahrungsgemäß nur dann der Fall sein, wenn die Verpflegsätze sehr hohe wären. Das hat aber die Klägerin nicht zu behaupten vermocht; im Gegenteil beträgt der Verpflegsatz nach ihren Angaben, wenigstens für ihre in der N.schen Klinik untergebrachten Mitglieder, nur 3,20 M. auf den Tag. Ferner sind in den von ihr erwähnten einzelnen Unterbringungsfällen die Verpflegkosten zu einem Teile niedriger, zum anderen Teile nur unerheblich höher als die Operationskosten gewesen, wobei zu berücksichtigen ist, daß die Verpflegkosten nicht den Reingewinn aus der Anstalt darstellen, bei dessen Berechnung vielmehr der bedeutende Aufwand an Miete für die betreffenden Räumlichkeiten, an Lohn für das Personal etc. in Abzug gebracht werden muß. Hiegegen kommen so beträchtliche Ausgaben bei der Feststellung des Reinverdienstes des Beklagten aus seinen Operationen selbstverständlich nicht in Frage. Unter diesen Umständen bedarf es nicht der Vernehmung der von der Klägerin benannten Zeugen über den Reingewinn des Beklagten aus seiner Privatklinik. Es ist vielmehr ohne weiteres davon auszugehen, daß dieser Verdienst nur nebensächlicher Art und jedenfalls niedriger ist als derjenige, den er durch seine ärztliche Tätigkeit erzielt.

Da aber nach alledem die Unterhaltung seiner Privatklinik gegenüber der Ausführung seines ärztlichen Berufes kein selbständiges Unternehmen und demgemäß auch keinen Gewerbebetrieb bildet, unterliegen die in dieser Anstalt beschäftigten Personen, wie keiner weiteren Begründung bedarf, nicht der Versicherungspflicht.

Versagen der Genehmigung zur Errichtung einer Privatkrankenanstalt. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (III. Sen.) vom 22. Mai 1911.

Nach § 30 Abs. 1 Buchstabe a der Reichsgewerbeordnung ist die vom Kläger beantragte Konzession zu versagen, wenn Tatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers in Beziehung auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt dartun. Eine solche Tatsache erblickt der Vorderrichter „in dem Umstande, daß der Kläger es bei dem Mangel eigener arztwissenschaftlicher Ausbildung unterläßt, die nötigen Garantien dafür zu schaffen, daß jeder seine Heilanstalt Aufsuchende vor Beginn der Anwendung seiner Heilmethode durch einen Arzt zwecks zuverlässiger Feststellung des

nahm zwar an, daß der Apparat zu unzüchtigem Gebrauche bestimmt sei; weil er neben Zwecken der Reinlichkeit in erster Linie zur Verhütung der Empfängnis diene, verneinte jedoch die Anpreisung an das Publikum; denn der Angeklagte sei in jedem einzelnen Falle aufs neue mit den Bewohnern der betreffenden von ihm besuchten Häuser, mithin mit einem genau bestimmten Personenkreis in Verbindung getreten. Das Reichsgericht hob jedoch dieses Urteil auf, da in ihm der Begriff des „Publikums" offensichtlich verkannt sei. Als „Publikum" sei eine Mehrzahl von Personen anzusehen, die unter sich und mit dem Angeklagten in keiner persönlichen Beziehung ständen und keinen durch solche Beziehungen, namentlich durch Vereinigung zu einem bestimmten Zweck abgeschlossenen Personenkreis bildeten.

Umsatzsteuer.

Unter öffentlichen Krankenanstalten im Sinne des § 5 zu d des Stempelsteuergesetzes sind nur solche Krankenanstalten zu verstehen, die im Eigentum oder in der Verwaltung des Staates, der Provinzen, der Kreise, der Gemeinden oder der sonstigen Kommunalverbände stehen und bei denen die Zulassung von jedermann unbedingt oder doch unter gewissen Bedingungen beansprucht werden kann.

Eine mit Korporationsrechten versehene Anstalt ist dann als milde Stiftung anzusehen, wenn a) ihr Hauptzweck auf Unterstützung hilfsbedürftiger Personen durch ganz oder teilweise unentgeltliche Zuwendungen gerichtet ist, b) diese Zuwendungen aus Mitteln beschafft werden, welche die Korporation der Hauptsache nach durch Akte der Mildtätigkeit erhalten hat. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (VII. Sen.) vom 7. Februar 1910.

Die Provinzialirrenanstalten sind als öffentliche Krankenhäuser im Sinne des § 24 Buchst. h des preussischen Kommunalabgabengesetzes anzusehen.

Die Dienstwohnungen des Aerzte- und Pflegepersonals solcher Anstalten geniessen unter der Voraussetzung, dass sie unmittelbar für die Zwecke der Anstalten benutzt werden (§ 241 a. a. O.), Steuerfreiheit ohne Rücksicht darauf, ob sich die Aerzte und Pfleger in amtlicher Stellung befinden oder nicht. Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts (VIII. Senats) vom 1. Juli 1910.

Die Unterhaltung einer Privatklinik seitens eines Arztes als notwendiges Mittel zur Ausübung seines Berufes fällt nicht unter den Begriff eines Gewerbebetriebes; das in ihr beschäftigte Pfleger- und Wärterpersonal unterliegt daher nicht der Krankenkassenversicherungspflicht.[1]) Urteil des Königl. Sächsischen Oberverwaltungsgerichts (I. Sen.) vom 12. März 1910.

Die Ausübung des ärztlichen Berufes fällt, wie in der Wissenschaft und Rechtsprechung allgemein anerkannt und auch von der Klägerin nicht bestritten wird, nicht unter den Begriff Gewerbebetrieb. Demgemäß kann auch die Unterhaltung einer Privatklinik seitens eines Arztes nicht als ein solcher Betrieb gelten, wenn diese kein selbständiges Unternehmen, sondern lediglich eine Zubehörung der ärztlichen Tätigkeit, nämlich eine zu deren sachgemäßer Ausübung notwendige Einrichtung bildet. Dies trifft aber, wie in dem letzteren Urteile dargelegt ist, namentlich bei den Kliniken derjenigen Spezialärzte zu, deren Tätigkeit hauptsächlich in der Vornahme von Operationen besteht, die aber die zu diesen Verrichtungen und zur Unterbringung ihrer Kranken geeigneten Räumlichkeiten nicht von Dritten (z. B. in Krankenhäusern) zur Verfügung gestellt erhalten. Benutzt in solchen Fällen der einzelne Arzt, seine Anstalt zur Erzielung eines Gewinnes aus der Verpflegung der Kranken, so bleibt sie doch ein notwendiges Mittel zur Ausübung seines ärztlichen Berufes und behält dementsprechend die Eigenschaft einer Zubehörung wenigstens so lange, als nicht der Gewinn aus ihr die Hauptsache für den Erwerb des

[1]) Nach § 165 Nr. 1 des neuen Reichsversicherungsgesetzes unterliegt jedoch künftighin das Krankenpersonal der Krankenkassenversicherungspflicht, soweit es nicht nach den §§ 169—172 gesetzlich davon befreit ist.

[illegible] Arztes ist. Von diesen bereits früher, vom Oberverwaltungsgericht [illegible] Grundsätzen, abzugehen, liegt kein Anlaß vor. Im [illegible] hat die Klägerin nichts vorgebracht, was zur Widerlegung jener Ausführungen des Oberverwaltungsgerichts dienen könnte. In einem Teile der [illegible] Entscheidungen anderer Behörden ist allerdings schlechthin ausgesprochen, daß die Unterhaltung einer Krankenanstalt seitens eines Arztes [illegible] Gewerbebetrieb [illegible]. Aber dort sind keine Gründe [illegible], warum jener Satz nicht dann eine Ausnahme erleiden soll, wenn die von einem Arzte errichtete Krankenanstalt ein notwendiges Mittel zur [illegible] Ausübung seines ärztlichen Berufes bildet. Das Urteil des [illegible] vom 17. Mai 1907 stimmt sogar mit der Ansicht des erkennenden Gerichts [illegible]: „Nur, wenn die Krankenanstalt eines Arztes [illegible] selbständiges Mittel zur Erzielung einer dauernden Einnahmequelle [illegible] wird, macht sie ihn zum Gewerbetreibenden und damit [illegible] steuerpflichtig."

[illegible] keine solche selbständige [illegible] wie auch der Beschwerdeführer [illegible] von Operationen, und es gab [illegible] Auslegung [illegible] keine Möglichkeit, [illegible] zu beschaffen. Der [illegible] Zubehör der [illegible] so ohne eine solche [illegible] werden konnte.

[illegible] gegen die Ansprache [illegible] der Beklagte [illegible] Auslegung [illegible] angenommen [illegible] wäre. Denn das [illegible] Verpflegsätze [illegible] vermocht [illegible] auf den Tag [illegible] die Ver- [illegible] höher [illegible] die Ver- [illegible]

[illegible]

[illegible]

wahren Charakters seines Leidens untersucht und erst daraufhin zur Kur zugelassen wird". Diese Erwägung steht auch mit den Ausführungen des im Revisionsurteile des Senats vom 9. Dezember 1909 angezogenen Erkenntnisses vom 19. Januar 1898 — Pr. VBl. Jahrg. 19 S. 412 — in Einklang. Der Bezirksausschuß tritt aber als Verwaltungsgericht an die Stelle der konzessionierenden Behörde. Der Vorderrichter mußte deshalb für den Fall, daß er den Antrag des Klägers aus dem obigen Grunde abweisen wollte, zuvor feststellen, ob der Kläger nicht bereit war, die für notwendig erachtete zuvorige ärztliche Untersuchung der in seine Anstalt aufzunehmenden Kranken sicherzustellen. Darin, daß er hierüber mit dem Kläger gar nicht verhandelt hat, liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens, der nach § 94 Ziffer 2 des Gesetzes über die allgemeine Landesverwaltung die Aufhebung der Vorentscheidung zur Folge hat.

Bei der eintretenden freien Beurteilung war diese jedoch in Ihrem Ergebnis aufrecht zu erhalten.

Es ist anerkannten Rechtens, daß unter der Zuverlässigkeit im Sinne des § 30 a. a. O. neben den technischen Kenntnissen auch die allgemeine Zuverlässigkeit des Charakters zu verstehen ist. An dieser fehlt es aber dem Kläger. Durch das von der Strafkammer zu H. am 8. März 1910 bestätigte Urteil des Schöffengerichts zu H. vom 2. Februar desselben Jahres ist der Kläger wegen Vergehens gegen die §§ 30, 147 der Reichsgewerbeordnung mit einer Geldstrafe von 20 M., im Unvermögensfalle mit 4 Tagen Haft, belegt worden. Bei selbständiger Prüfung der im Strafverfahren erhobenen Beweise und auf Grund der im gegenwärtigen Verfahren angestellten Ermittelungen hält der erkennende Senat für erwiesen, daß der Kläger mindestens seit dem Jahre 1908 eine Privatkrankenanstalt in der Bedeutung des § 30 a. a. O. betrieben hat, obwohl er sich dessen vollkommen bewußt war, daß er hierzu ohne Erlangung der von ihm nachgesuchten Konzession nicht berechtigt war. Daß es sich bei der Anstalt des Klägers nicht um eine bloße Badeanstalt, sondern um eine Privatkrankenanstalt gehandelt hat, zu deren Betrieb der Kläger selbst sich nicht für berechtigt ansah, ist in dem Urteile der Strafkammer, dessen Ausführungen durchweg beigetreten werden muß, in überzeugender Weise dargetan. Wenn die dem Kläger danach zur Last fallende Verfehlung auch nur ein einmaliges Vergehen des Klägers darstellt, so hat sich dieser doch mehrere Jahre hindurch hartnäckig über das Erfordernis der Konzession hinweggesetzt. Dieses Verhalten kennzeichnet ihn als unzuverlässig im Sinne des Gesetzes und nötigt zur Ablehnung seines Antrages.

Demgemäß war die angefochtene Entscheidung, ohne daß es eines Eingehens auf die sonst zwischen den Parteien erörterten Punkte bedurft hätte, aufrecht zu erhalten.

Medizinal-Gesetzgebung.

A. Königreich Preussen.

Gebühren der Kreisärzte für Leichenschau zwecks Feuerbestattung. Erlaß des Ministers des Innern vom 9. November 1911 — M 1819 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Wie der § 2 der „Vorschriften für die Ausführung der ärztlichen Leichenschau zwecks Feuerbestattung" vom 29. September 1911 (Min.-Bl. S. 301) ergibt, nimmt der Kreisarzt die nach § 8 des Gesetzes, betreffend die Feuerbestattung, vom 14. September 1911 vorgeschriebene Leichenschau in seiner Eigenschaft als Gerichtsarzt vor. Daraus folgt, daß der vollbesoldete Kreisarzt nach §§ 3 und 4 des Gesetzes, betreffend die Gebühren der Medizinalbeamten, vom 14. Juli 1909 die Gebühren für die Leichenschau an die Staatskasse abzuführen hat.

Anwendung des Portoablösungsvermerk bei Weiterbeförderung der Beiträge für die Hufelandschen Stiftungen. Erlaß des Ministers des Innern — M. 2474 — vom 9. Dezember 1911 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Der Herr Staatssekretär des Reichspostamts hat sich damit einverstanden erklärt, daß die Kreisärzte die von ihnen eingezogenen Beiträge für die Hufelandschen Stiftungen unter Anwendung des Portoablösungsvermerks

weiterbefördern. Die Ober-Postdirektionen werden vom Reichs-Postamt mit entsprechender Weisung versehen.

Staatliche Prüfung der Heilgehilfen und Masseure. Erlaß des Ministers des Innern vom 4. Dezember 1911 — M. 6069 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach dem Ergebnis der Berichterstattung auf die Erlasse vom 14. April 1910 — M. 5930 — und vom 9. Januar 1911 — M 8226/10 — wird allgemein anerkannt, daß nach Einführung der staatlichen Prüfung für Krankenpflegepersonen ein großer Teil der Hilfstätigkeit, welche die staatlich geprüften Heilgehilfen und Masseure ausüben sollen, von den staatlich anerkannten Krankenpflegepersonen geleistet wird, und daß deren Ausbildung die überwiegende Mehrzahl der im Befähigungszeugnis der Heilgehilfen und Masseure aufgeführten Fertigkeiten in sich schließt.

Ich bestimme hiernach unter entsprechender Abänderung des § 64 der Dienstanweisung für Kreisärzte, daß in Zukunft staatliche Prüfungen für Heilgehilfen und Masseure nach den Vorschriften vom 18. Februar 1903 (Min.-Bl. f. d. Med.-Ang. S. 96) nicht mehr abzuhalten und entsprechende Zeugnisse nicht mehr zu erteilen sind.

Ew. Hochgeboren (Hochwohlgeboren) ersuche ich ergebenst, hiernach das Weitere zu veranlassen.

Strafunterbrechung bei tuberkulösen Gefangenen. Erlaß des Ministers des Innern — S. 3598 — vom 25. Oktober 1911 an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Bei Stellung von Anträgen auf Strafunterbrechung für Gefangene, welche tuberkulosekrank sind, ersuche ich in jedem Einzelfalle um eine Aeußerung darüber, ob der Nachweis erbracht ist, daß für die Behandlung und Verpflegung des Gefangenen außerhalb der Anstalt besser gesorgt ist, als in der Anstalt. Auch ist im Interesse der allgemeinen Gesundheitspflege stets festzustellen, daß der Gefangene außerhalb der Anstalt nicht eine Ansteckungsgefahr für seine Umgebung bildet. Hierüber ist mir in Fällen der gedachten Art gleichfalls zu berichten.

Geheimmittel „Natürlicher Gesundheitshersteller" oder „Nalther Tabletten". Erlaß des Ministers des Innern vom 1. November 1911 — M. 7370 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Nach einem Berichte des Kaiserlichen Generalkonsulates vertreibt die Firma The M. A. Winter Co. in Washington ihr Geheimmittel „natürlicher Gesundheitsheitshersteller" auch unter der Bezeichnung „Nalther Tabletten".

Ich weise ergebenst darauf hin, daß der Vertrieb des Präparats auch unter der neuen Bezeichnung den Bestimmungen der Kaiserl. Verordnung, betreffend den Verkehr mit Arzneimitteln, vom 22. Oktober 1901 sowie den Vorschriften über den Verkehr mit Geheimmitteln und ähnlichen Arzneimitteln unterliegt, da nach den Angaben der Firma auf Anpreisungen die Zusammensetzung der Tabletten keine Aenderung erfahren hat.

Unter Bezugnahme auf den Runderlaß vom 3 Oktober 1910 — M. d. g. A. M. 7337, M. d. I. II e 2298 — (Min.-Bl. S. 371)[1]) ersuche ich Ew. pp., die Bevölkerung wiederholt vor dem Ankauf und dem Verbrauch des Geheimmittels öffentlich zu warnen.

Einreichung der Entscheidung des ärztlichen Ehrengerichts an den Ehrengerichtshof in Berufungs- oder Beschwerdesachen. Erlaß des Ministers des Innern vom 23. Oktober 1911 — M. 2249 — an sämtliche Herren Regierungspräsidenten.

Ew. pp. ersuche ich ergebenst, das ärztliche Ehrengericht für die dortige Provinz (bei Potsdam: für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin) (bei Coblenz: für die Rheinprovinz und die Hohenzollernschen Lande) gefälligst anzuweisen, in jedem Falle, in dem gegen eine Entscheidung des Ehrengerichts Berufung eingelegt wird, bei Einsendung der Akten an den

---

[1]) Siehe Beilage zu Nr. 20 dieser Zeitschrift Rechtsprechung und Medizinal-Gesetzgebung; 1910, S. 210.

ärztlichen Ehrengerichtshof künftig eine beglaubigte Abschrift der angefochtenen Entscheidung, und zwar tunlichst in Schreibmaschinenschrift dem Ehrengerichtshof mit einzureichen.

B. Fürstentum Lippe.

Verbot des Verabfolgens geistiger Getränke an Betrunkene, Trunkenbolde und Jugendliche. Verordnung vom 10. April 1911.

§ 1. Den Gast- und Schankwirten und Branntweinhänlern ist verboten, geistige Getränke zum sofortigen Genuß oder zum Mitnehmen an Betrunkene und an solche Personen, die von der Polizeibehörde als Trunkenbold bezeichnet sind, zu verabfolgen. Den von der Polizeibehörde als Trunkenbold bezeichneten Personen darf der Aufenthalt in den zum Ausschank von geistigen Getränken bestimmten Räumen nicht gestattet werden.

§ 2. Gast- und Schankwirte und Kleinhändler mit Branntwein dürfen in ihrem Gewerbebetriebe Branntwein und nicht denaturierten Spiritus an Personen, welche das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, nicht zum sofortigen Genuß verabfolgen.

§ 3. Verantwortlich für die Befolgung der vorstehenden Vorschriften (§§ 1 und 2) sind außer den Inhabern der Gast- und Schankwirtschaften und Branntweinkleinhandlungen auch deren Stellvertreter, Beauftragte und Gewerbegehilfen.

§ 4. Die Gast- und Schankwirte und Branntweinkleinhändler haben die ihnen zugehenden Mitteilungen der Polizeibehörden über die als Trunkenbold bezeichneten Personen, solange diese Bezeichnung in Kraft besteht, aufzubewahren und den Polizeibeamten (Gendarmen) auf Verlangen vorzuzeigen.

§ 5. Zuwiderhandlungen gegen diese Verordnung werden mit Geldstrafe bis zu 60 M. oder entsprechender Haft bestraft.

§ 6. Diese Verordnung tritt am 1. Mai 1911 in Kraft. Mit dem gleichen Zeitpunte wird § 9 der Verordnung, die Abhaltung und Besteuerung von Tanzlustbarkeiten usw. betreffend, vom 28. Dezember 1892, aufgehoben.

Massregeln gegen Trunkenbolde. Anweisung für die Polizeibehörden vom 21. April 1911.

I. Dem Trunke ergebene Personen können von den Polizeibehörden unter Hinweis auf die nach den nachstehenden Vorschriften eintretenden Folgen verwarnt werden.

II. Nach wiederholten erfolglosen Verwarnungen, von denen jedesmal dem zuständigen Geistlichen Mitteilung gemacht werden muß, ist solchen Personen im Wege polizeilicher Verfügung zu eröffnen, daß sie nunmehr als Trunkenbold im Sinne der Verordnung vom 10. April 1911 behandelt würden. Gleichzeitig ist ihnen das Betreten von Räumen, welche zum Ausschank für geistige Getränke bestimmt sind, unter Androhung einer Zwangsstrafe für jeden Fall der Zuwiderhandlung zu untersagen.

III. Die Namen der als Trunkenbold bezeichneten Personen sind den Gast- und Schankwirten und den Branntweinkleinhändlern des Polizeibezirks gleichzeitig mit Erlaß der polizeilichen Verfügung (II) oder alsbald nach Uebernahme oder Eröffnung des betreffenden Geschäfts schriftlich unter ausdrücklichem Hinweis auf die Verordnung vom 10. Aprill 1911 mitzuteilen.

Die Polizeibehörden haben sich in geeigneter Weise von der Aufbewahrung dieser Mitteilungen zu überzeugen (§ 4 der Verordn. vom 10. April 1911).

IV. Dem Ermessen der Polizeibehörden bleibt es überlassen, auch den benachbarten Polizeibehörden die Namen der als Trunkenbold bezeichneten Personen mitzuteilen.

V. Die Polizeibehörden haben über die von ihnen als Trunkenbold erklärten Personen eine Liste zu führen.

Alljährlich hat eine Nachprüfung der Liste stattzufinden. Personen, welche im Laufe des letztvergangenen Jahres Besserung an den Tag gelegt haben, können von der Liste gestrichen werden.

Von der Streichung sind die betreffenden Personen selbst, die Gast- und Schankwirte und Branntweinkleinhändler des Ortspolizeibezirks, sowie nötigenfalls die benachbarten Polizeibehörden in Kenntnis zu setzen.

Redaktion: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rapmund, Reg.- u. Med.-Rat in Minden i. W.
J. C. C. Bruns, Herzogl. Sächs. u. Fürstl. Sch-L. Hofbuchdruckerei in Minden.


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06232 5678

